TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE RORAIMA
SEÇÃO DE LICITAÇÕES

TERMO DE REFERÊNCIA

SEÇÃO I - CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1. Contratação de serviço de pessoa jurídica operadora de Plano de Assistência à Saúde para os beneficiários definidos nesse instrumento, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e devidamente autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sem carência, com coparticipação, com pré-pagamento a preço per capita por faixa etária, em acomodação do tipo apartamento individual com banheiro privativo, com abrangência em todo o território nacional, compreendendo atendimento médico, hospitalar com obstetrícia, ambulatorial, cirúrgico, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas no Termo de Referência, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

ITEM	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	FAIXA ETÁRIA	Total de beneficiários
1	Contratação de serviço de pessoa jurídica operadora de Plano de Assistência à Saúde para os beneficiários definidos nesse instrumento, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e devidamente autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sem carência, com coparticipação, com pré-pagamento a preço per capita por faixa etária, em acomodação do tipo apartamento individual com banheiro privativo, com	00 a 18	87
2		19 a 23	26
3		24 a 28	8
4		29 a 33	15
5		34 a 38	30
6		39 a 43	33
7		44 a 48	32
8		49 a 53	38
9		54 a 58	32

10	abrangência em todo o território nacional, compreendendo atendimento médico, hospitalar com obstetrícia, ambulatorial, cirúrgico, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas no Termo de Referência, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.	59+	79
TOTAL DE VIDAS			380

2. Os bens objeto desta contratação são caracterizados como comuns, uma vez que seus padrões de desempenho e qualidade são objetivamente definidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, garantindo especificações usuais de mercado e uniformidade regulatória. A existência de parâmetros pré-estabelecidos para a rede credenciada e coberturas assistenciais permite a comparação direta entre as propostas por meio de métricas claras e objetivas, o que dispensa complexidade técnica singular e autoriza a adoção da modalidade Pregão para a seleção da proposta mais vantajosa.

2.1. Demais regras das condições e especificações da solução:

2.1.1. Atualmente são **380 (trezentos e oitenta)** beneficiários, contando-se titulares, dependentes legais e especiais. Entretanto esse número poderá aumentar ao longo da execução, em razão de posse de novos servidores, da inclusão de dependentes legais e especiais solicitados por cada servidor e autorizado pelo TRE-RR.

2.1.2. Para fins deste Termo de Referência, Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde, sejam administradoras, cooperativas médicas, seguradoras especializadas em saúde e medicina de grupo.

2.1.3. Exclui-se do objeto da contratação a assistência na modalidade odontológica.

2.1.4. Em função da impossibilidade material de implantação, operação e controle por parte do TRE/RR, excluiu-se do objeto desta contratação o regime de livre-

escolha pelo usuário com posterior reembolso pela operadora, exceto para os casos excepcionais previstos neste termo de referência, adotando exclusivamente a forma de pré-pagamento mensal total dos serviços em função do preço per capita por faixa etária mensal por usuário.

3. O prazo de vigência da contratação é de 5 (cinco) anos contados do(a) assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei n° 14.133, de 2021.

3.1. O serviço é enquadrado como continuado, nos termos do art. 1.º da Portaria 351/2019 (0490277), sendo a vigência plurianual mais vantajosa já que as licitantes, considerando um prazo maior de contratação, poderão ofertar melhores propostas.

3.2. O contrato poderá ser extinguido, sem ônus para esta administração, quando não haver disposição de créditos orçamentários para sua continuidade ou quando o contrato não mais oferecer vantagem para a administração.

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

SEÇÃO II - FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

1. A contratação visa assegurar assistência médica adequada aos magistrados, servidores, pensionistas e dependentes do TRE-RR, promovendo proteção à saúde, redução de afastamentos e melhoria das condições de trabalho.

2. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual, conforme detalhamento a seguir:

I) Nome da Unidade: SGP;

II) UGR n.º: 70412;

III) Código de item: SGP012.

SEÇÃO III - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

SEÇÃO IV - REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Sustentabilidade

1 . A presente contratação observa critérios de sustentabilidade sob as dimensões ambiental, social e de governança, em consonância com o art. 11 da Lei nº 14.133/2021 e com as boas práticas de responsabilidade corporativa aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

2. No aspecto ambiental, a contratada deverá priorizar processos digitais para adesão, movimentação cadastral, envio de demonstrativos e autorizações, reduzindo o consumo de papel e insumos físicos. Deverá, ainda, adotar práticas internas de gestão ambiental, como descarte adequado de resíduos, uso racional de energia e estímulo à utilização de meios eletrônicos de atendimento.

3. Sob a perspectiva social, a solução contratada contribui para a promoção da saúde e qualidade de vida dos beneficiários, assegurando acesso amplo e contínuo aos serviços assistenciais. A contratada deverá observar integralmente a legislação trabalhista, previdenciária e as normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, além de adotar políticas de atendimento humanizado, inclusão e acessibilidade.

4. No âmbito da governança, a operadora deverá manter regularidade junto à ANS, apresentar transparência na formação de preços e nos critérios de reajuste, bem como

disponibilizar canais de atendimento eficientes e mecanismos de controle de qualidade e satisfação dos beneficiários.

5. Considerando a natureza do objeto — prestação de serviço assistencial de saúde suplementar — não se identificam impactos ambientais diretos relevantes decorrentes da execução contratual, sendo as exigências acima suficientes para assegurar a observância do princípio do desenvolvimento nacional sustentável.

Dos Serviços a serem realizados

6. Os serviços de plano de saúde almejados por este Tribunal incluem o rol de procedimentos elencados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observada a Diretriz de Utilização Para Cobertura de Procedimentos na Saúde (DUT), coincidentes com a cobertura almejada por este Tribunal, inclusive outros serviços novos que vierem a ser exigidos por referida Agência, desde que sua obrigatoriedade de implantação surja dentro do período de vigência contratual, bastando, para isso, o reconhecimento da legitimidade e o implemento dos mesmos pelos Órgãos de Saúde, excluindo-se, assim, os de caráter experimental.

7. Tais serviços deverão ser prestados em abrangência nacional, através de assistência médica e hospitalar (internações clínica e/ou cirúrgica), com cobertura obstétrica e ambulatorial nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

8. Os beneficiários terão direito a serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos constantes do rol de procedimentos ANS, plano ambulatorial e hospitalar com cobertura obstétrica, considerando-se que as cirurgias, inclusive para correção da visão, e as internações psiquiátricas e para recuperação de dependência, atenderão as características e limites estabelecidos pelo Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

9. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Nível Ambulatorial:

i. o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

ii. a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental;

iii. sessões de psicoterapia, conforme normas definidas pela ANS.

II - Nível Hospitalar: Fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no período de um ano, contados a partir do primeiro dia de internamento. Para o segundo ano de internação, em caráter excepcional, a regra geral, haverá cobrança de coparticipação do titular do beneficiário no percentual de 30% incidente sobre os valores praticados pela contratada, para internação psiquiátrica.

10. Os serviços prestados pela Contratada deverão observar as resoluções e demais atos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes e vindouros, inclusive os termos da Resolução Normativa n. RN nº 465/2021 - ANS, além das obrigações contidas neste termo de referência, contrato, e legislação vigente.

Das especificações para prestação dos serviços

11. A Contratada deverá oferecer, observados os limites impostos pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS:

I - A prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e laboratorial, em nível nacional, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, incluindo

atendimento de emergência 24 (vinte e quatro) horas/dia, em todos os dias da semana, nas unidades credenciadas, conveniados, cooperados, ou vinculadas sob qualquer forma regular admitida na legislação específica de saúde complementar à licitante vencedora em todo o território nacional, sendo vedada a exigência de qualquer tipo de caução ou garantia para atendimento ao usuário, mesmo em finais de semanas e feriados;

II - Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamentos constantes do rol de procedimentos citados nesse instrumento, **sem a exigência de pré-autorizações para os procedimentos de urgência/emergência, bem como consultas médicas**.

III - Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, com fornecimento de alimentação pela unidade hospitalar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive quanto a procedimentos obstétricos;

IV - A abrangência da cobertura de despesas de acompanhamento refere-se à alimentação e acomodação ao acompanhante nas seguintes hipóteses, salvo contraindicação justificada por escrito pelo profissional assistente:

I - crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

II - pessoas idosas com 60 (sessenta) anos ou mais;

III - pessoas com deficiência;

IV - mulheres internadas no período pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

V - Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

VI - O atendimento fora do Estado de Roraima far-se-á através de todos os profissionais e estabelecimentos próprios ou conveniados com a entidade que vier a ser contratada ou suas congêneres, se for o caso, não podendo haver qualquer discriminação entre beneficiários;

VII - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, inclusive enteral ou parenteral, nos casos de internação hospitalar;

VIII - Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, com fornecimento de medicamentos, próteses e órteses, contrastes anestésicos, oxigênio, transfusão, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX - Cobertura de todas e quaisquer taxas, seja de sala de cirurgia, materiais utilizados na execução do procedimento médico, bem como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar em território nacional, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, com remoção através de transportes aeromédico e terrestre de pacientes, em aeronaves e ambulâncias equipadas com UTI, e com equipe médica e de enfermagem, quando solicitado pelo médico assistente;

X - Nos procedimentos obstétricos, deverá ser estendida a cobertura assistencial ao recém-nato, filho natural ou adotivo do usuário do plano ou seguro, como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

XI - Reembolso, nos limites das obrigações contratuais das despesas efetuadas

pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora contratada, de acordo com a relação de preços de serviços médicos hospitalares praticados pelo plano contratado, e também em casos de entraves à utilização dos serviços ocasionados pela burocracia da operadora contratada, que ultrapasse os prazos máximos de atendimento estipulados pela ANS, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

12. Na realização do atendimento deverá ser observado:

I - A contratada, para fins de atendimento, preferencialmente emitirá credencial, como carteira ou cartão magnético, para fins de identificação dos beneficiários, contendo as informações necessárias para facilitar o atendimento.

II - Os serviços, objeto do contrato, serão prestados unicamente aos beneficiários inscritos, desde que portadores da credencial de identificação, dispensado o comprovante de pagamento.

III - Para utilização dos serviços objeto do contrato os beneficiários deverão se dirigir aos consultórios particulares dos médicos, laboratórios, estabelecimentos hospitalares, serviços radiológicos ou clínicas de sua escolha, dentre a rede credenciada, munidos da referida credencial emitida pela contratada, e de documento de identidade oficial.

IV - A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade objetiva do contratante, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida, certa e exigível. Reduz a responsabilidade, nessa situação, a culpa concorrente e a exclui a culpa exclusiva da contratada.

V- As requisições de exames poderão ser solicitadas por médicos deste Regional por outros médicos não conveniados, e serão transcritos/trocados na sede administrativa da empresa contratada pela respectiva guia padrão.

13. Todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos da ANS durante a vigência contratual deverão ser abrangidos pela cobertura da empresa a ser contratada, conforme com o § 13 do artigo 10 da Lei nº 9.656/1998.

13.1. No caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol de procedimentos da ANS a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

13.2. Ficam excluídos da cobertura do Plano de Saúde os procedimentos assim expressamente previstos na Lei Federal nº 9.656/1998.

13.3. A contratada não deverá estabelecer limitações ao pagamento de novos e revolucionários tratamentos de saúde, reconhecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, devendo, para fins de reembolso, basear-se em tabelas de preços devidamente atualizadas.

13.4. Desde que atendida as regras gerais sobre a portabilidade de carências disciplinadas pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, a contratada garantirá ao beneficiário que perder a qualidade de dependente do referido contrato a possibilidade de adesão a um plano na modalidade individual/familiar, caso disponível no momento da sua migração, com compatibilidade de cobertura do plano de origem, com o aproveitamento de carências já cumpridas, desde que assuma integralmente o valor praticado para a comercialização do produto ao qual faça a nova adesão.

13.5. Os serviços que dependem de autorização prévia, fora do domicílio, serão autorizados no prazo máximo estipulado pela ANS, pela operadora do plano de saúde, mediante apresentação da carteira de beneficiário e solicitação do médico assistente.

13.6. A operadora deverá providenciar a remoção aeromédica, quando caracterizada sua necessidade por meio de laudo circunstanciado emitido pelo médico assistente, após apresentação da documentação necessária, observadas as condições clínicas do paciente, a disponibilidade de vaga hospitalar na unidade de destino, bem como as condições logísticas e meteorológicas e as autorizações pertinentes ao tráfego aéreo, respeitado o tempo razoável necessário para garantir a segurança e eficácia do procedimento.

Da abrangência e cobertura da rede prestadora dos serviços

14. O TRE-RR busca, nesta contratação, garantir a todos os beneficiários de seu plano de saúde o efetivo acesso a todos os serviços e coberturas descritos neste instrumento.

15. Tais serviços devem ser prestados em âmbito nacional pela contratada, através de estabelecimentos prestadores de assistência à saúde, sejam próprios, credenciados, conveniados, cooperados, ou a ela vinculados sob qualquer forma regular admitida na legislação específica de saúde complementar.

16. É certo que nenhuma operadora possui estrutura para prestar todos os serviços passíveis de cobertura em todas as localidades do território nacional, por isso admite-se o atendimento através da rede citada no item anterior.

17. Ademais, não seria razoável impor esse ônus à futura contratada. Assim, buscando ampliar a competição que antecede a contratação e sem renunciar o pleno atendimento a todos os usuários, este Termo de Referência fixará as seguintes definições:

I - Âmbito nacional ou abrangência nacional: capacidade comprovada de atendimento, através de estabelecimentos prestadores de serviço de assistência à saúde, nos moldes exigidos neste termo de referência, nas seguintes localidades:

a) no Estado de Roraima: Boa Vista.

b) nas seguintes localidades não capitais de estados: justificadas porque servem de residência fixa para servidores ativos do TRE-RR lotados provisoriamente em órgãos da Justiça Eleitoral, servidores inativos ou dependentes de servidores:

b.1) São Paulo: Piracicaba, Campinas, Ribeirão Preto, Rio Preto, Jaú e Bauru,;

b.2) Mato Grosso: Barra do Garças, Cáceres;

b.3) Mato Grosso do Sul: Paranaíba;

b.4) Minas Gerais: Juiz de fora;

b.5) Paraíba: Campina Grande;

b.6) Paraná: Foz do Iguaçu;

b.7) Pernambuco: Petrolina,

b.8) Piauí: Picos;

b.9) Rio de Janeiro: Duque de Caxias e Santo Antônio de Pádua;

b.10) Santa Catarina: São José e Joinville

b.11) Rio Grande do Sul: Santa Maria e Pelotas.

c) todas as demais capitais dos estados, Distrito Federal e as cidades relacionadas adiante: justificadas em função de constituírem de grandes centros para os quais, constantemente, servidores do TRE-RR deslocam-se a trabalho, ou por proporcionarem serviços especializados de saúde:

c.1) Região Sul: Londrina e Maringá - PR

c.2) Região Sudeste: Campinas, Barretos, Ribeirão Preto, Rio Claro e São José do Rio Preto - SP; Campos– RJ, Uberaba.

c.3) Região Nordeste: Petrolina, Caruaru, Feira de Santana, Sobral, Picos, Mossoró, Lagarto

c.4) Região Centro - Oeste: Cuiabá, Campo Grande, Rio Verde, Pirenópolis, Uberlândia.

II - Estabelecimentos prestadores de serviço de assistência à saúde: estabelecimentos próprios, credenciados, conveniados, cooperados, ou vinculados sob qualquer forma regular admitida na legislação específica de saúde complementar, nas localidades relacionadas no item 2.4.3, I deste instrumento.

18. Todos os estabelecimentos de que tratam o item 15 desta Seção devem aceitar como forma de proporcionar o atendimento, além da identificação do usuário, apenas a apresentação da credencial fornecida pela contratada.

19. Todos os estabelecimentos de que tratam o item 15 desta Seção não poderão exigir qualquer tipo de adiantamento pecuniário ou qualquer tipo de garantia prévia para o atendimento dos usuários regularmente identificados.

Do público alvo

20. São beneficiários os magistrados ativos, desde que não sejam beneficiários de outro programa de assistência nos Tribunais de origem ou de sistema privado de saúde, no caso dos membros da classe dos juristas, todos os servidores do TRE-RR, ativos e inativos, seus respectivos dependentes, os pensionistas e os servidores requisitados ou cedidos na forma regulamentada pela Portaria TRE-RR n. 236 e suas alterações e Portaria 442/2023.

21. São beneficiários do Plano de Saúde:

I – titulares:

a) os membros do Tribunal, titulares e suplentes;

b) os servidores ativos e inativos;

c) os servidores cedidos, removidos ou com lotação provisória para órgão da administração pública federal, ocupantes de cargos de provimento efetivo pertencentes ao quadro permanente do TRE-RR;

d) os ocupantes de cargo em comissão ou exercentes de função comissionada do TRE-RR;

e) os servidores da Justiça Eleitoral removidos para o TRE-RR;

f) os pensionistas;

g) os servidores lotados por força da Lei n.º 13.681/2018 e os servidores federais requisitados (Lei n.º 6.999/82 Requisição de Servidores).

II – dependentes legais:

a) cônjuge ou companheiro, inclusive de união homoafetiva, na união estável;

b) filhos menores até 21 anos, ou com idade até 24 anos, se estudante de curso técnico ou superior, ou, se portadores de necessidades especiais, enquanto durar a patologia;

c) enteados menores de 21 anos, ou com idade até 24 anos, se estudante de curso técnico ou superior, ou, se portadores de necessidades especiais, enquanto durar a patologia, que vivam às expensas do servidor;

d) menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial transitada em julgado, até os 18 anos de idade;

e) o absolutamente incapaz, do qual o servidor seja tutor ou curador.

III – Dependentes especiais:

a) pai e mãe, desde que dependentes para fins de imposto de renda, circunstância comprovada mediante a declaração apresentada à Receita Federal do Brasil;

b) dependentes especiais dos (as) titulares das alíneas “a”,até "f" e "h" do inciso I do

caput, os parentes por consanguinidade até o segundo grau, em linha reta ou colateral, que não se enquadrem em nenhuma das hipóteses de dependência legal previstas no inciso II.

§ 1º A invalidez será comprovada mediante perícia médica, renovada anualmente, salvo se a incapacidade for considerada definitiva e irreversível;
§ 2º A comprovação da união estável dar-se-á pela apresentação de declaração pública de coabitação feita perante tabelião ou comprovação por qualquer outro elemento que, a critério da Administração, se revele hábil para se firmar convicção quanto à existência da união de fato.
§ 3º A comprovação do requisito da alínea 'c' do inciso II deste artigo será feita mediante declaração da instituição de ensino na qual esteja matriculado(a), no momento da inscrição, e renovada a cada semestre, sob pena de exclusão do (a) dependente.
§ 4º Caberá ao(à) titular custear integralmente a manutenção de seus dependentes especiais no plano de assistência à saúde contratado, vedado o recebimento de qualquer auxílio financeiro por parte do Tribunal.

22. O contratante poderá, atendendo a sua conveniência e/ou necessidade, requerer a inscrição de novos beneficiários, obedecendo aos limites estabelecidos no contrato, seja na qualidade de beneficiário titular ou de beneficiário dependente.

22.1. Todos os beneficiários titulares ou dependentes cuja solicitação de inscrição for feita até 30 (trinta) dias após a assinatura do contrato não serão submetidos a nenhum prazo de carência.

23. É defeso à contratada negar ou obstaculizar a inscrição de beneficiário requerida pelo contratante.

24. Perderá a qualidade de beneficiário, conforme o disposto no inciso V do Artigo 16 da Lei n. 9.656/98, o beneficiário que for punido com demissão.

25. Nos termos do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 e das normas regulamentares expedidas pela ANS, especialmente da RN ANS nº 488, de 2022, será assegurado ao beneficiário exonerado o direito à manutenção no plano, desde que atendidos os requisitos legais e regulatórios, inclusive quanto à contribuição durante a vigência do vínculo e demais condições previstas nos referidos normativos e neste contrato.

Da carência

27. O início da contratação e da prestação dos serviços ocorrerá a partir da assinatura do contrato. Não serão consideradas as propostas que indiquem períodos iniciais de carência para a prestação de serviços de que trata este Termo de Referência.

27.1. A proposta a serem apresentadas deverão considerar que não será exigida qualquer forma de carência aos usuários do plano de saúde, desde que a inscrição dos beneficiários ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de início da vigência do CONTRATO ou, ainda, em até 60 (sessenta) dias da data de vinculação do titular ao TRE/RR.

27.1.1. Para fins de esclarecimento será considerada como data de vinculação do membro, do servidor ou do ocupante de cargo em comissão ao TRE/RR a data que entrar em efetivo exercício no Tribunal, comprovando diante a operadora do plano de Saúde mediante certidão/declaração emitida pela Secretaria de Gestão de Pessoas/Seção de Registros Funcionais.

27.2. Ao beneficiário oriundo de outra operadora é assegurada a portabilidade de carências conforme Resolução Normativa – RN nº 438 , de 3 de dezembro de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou outra que vier a substitui-la.

27.3. Os cônjuges recém-casados e os companheiros que tenham reconhecida sua união em cartório aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular, desde que sejam incluídos até 30 (trinta) dias da data do evento.

28. Os beneficiários titulares e dependentes incluídos após o prazo estipulado no item 27.1. desta Seção, deverão cumprir os seguintes períodos de carência:

a) sem carência para a cobertura dos casos de urgência ou emergência;

b) 30 (trinta) dias para consultas e exames de rotina;

c) 300 (trezentos) dias para partos a termo;

d) 24 (vinte e quatro) meses para doenças preexistentes;

e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

29. Os prazos definidos no inciso anterior não se aplicam aos novos beneficiários titulares e seus dependentes, cuja inscrição fica regulada pelo item 1.8.2, inciso I, devendo o prazo de trinta dias ali estabelecido ser contado a partir do início do efetivo exercício de suas funções, para servidores comissionados e concursados, e do ato de lotação, para os servidores requisitados;

30. Além do disposto no inciso anterior, também não serão submetidos aos prazos de carências estabelecidos no inciso I deste item os beneficiários dependentes cuja inclusão for solicitada até 30 (trinta) dias do fato/ato que criou/reconheceu a condição de dependência;

31. Havendo inclusão de dependente que esteja adstrito à carência prevista na alínea “d” do inciso I e restando devidamente comprovada a doença preexistente, a contratada poderá autorizar o tratamento e posterior pagamento do custo operacional deste;

32. O prazo de vigência da contratação é de 05 (cinco) anos contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei n. 14.133, de 2021.

32.1. O serviço é enquadrado como continuado tendo em vista que o objeto trata-se de serviço de assistência à saúde, de necessidade permanente, essencial para manutenção da atividade administrativa. Sendo a vigência plurianual mais vantajosa considerando que dado a essencialidade do objeto existe a necessidade de existência e manutenção do contrato, uma vez que sua eventual paralização implica em prejuízo à saúde dos beneficiários, assim não havendo necessidade de realização de processo licitatório anualmente prezando pelo princípio da economicidade, bem como minimiza-se o risco de interrupção da prestação do serviço devido eventuais processos licitatórios desertos ou fracassados.

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

Subcontratação

34. Não é admitida a subcontratação do objeto contratual.

Garantia da contratação

35. Será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, no percentual e condições descritas nas cláusulas do contrato.

36. Em caso de opção pelo seguro-garantia, a parte adjudicatária deverá apresentá-la, no máximo, até a data de assinatura do contrato.

37. A garantia, nas modalidades caução e fiança bancária, deverá ser prestada em até 10 dias úteis após a assinatura do contrato.

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

39. Coparticipação

39.1. Regras gerais

39.1.1. A coparticipação será devida exclusivamente nas hipóteses previstas neste Termo de Referência, cabendo à contratada apurar os valores, emitir os demonstrativos, realizar a cobrança diretamente dos beneficiários e controlar os pagamentos e eventuais saldos devedores.

39.1.2. A cobrança será dirigida ao beneficiário ou ao responsável financeiro

identificado na adesão. O titular responderá pelas coparticipações decorrentes dos serviços utilizados por seus dependentes, observadas as condições de inscrição e de responsabilidade financeira do grupo familiar.

39.1.3. O TRE-RR não realizará desconto em folha, arrecadação, cobrança ou repasse de valores de coparticipação, nem responderá pela inadimplência dos beneficiários.

39.1.4. Os custos administrativos de apuração, emissão dos documentos e cobrança integrarão os encargos da contratada, não sendo devida remuneração adicional pelo Tribunal por essas atividades.

39.1.5. Não será admitida cobrança de franquia, taxa de utilização ou fator moderador adicional aos expressamente previstos neste instrumento.

39.2. Assistência ambulatorial

39.2.1. A coparticipação ambulatorial observará os seguintes percentuais e limites:

Grupo	Percentual	Limite por item
Consultas médicas	30%	R$ 40,00
Exames simples	30%	R$ 40,00
Exames especiais	30%	R$ 150,00
Procedimentos e terapias simples	30%	R$ 40,00
Procedimentos e terapias especiais	30%	R$ 150,00

39.2.2. O percentual incidirá sobre o valor efetivamente reconhecido e pago pela operadora ao prestador, sendo cobrado o menor valor entre o resultado dessa aplicação e o teto correspondente.

39.2.3. O limite será aplicado a cada procedimento efetivamente realizado, vedados o fracionamento artificial e a cobrança em duplicidade de um mesmo serviço.

39.2.4. Nas terapias, a cobrança observará a unidade de execução efetivamente realizada e identificada no demonstrativo.

39.3. Classificação dos procedimentos

39.3.1. O enquadramento dos exames, procedimentos e terapias como simples ou especiais observará a matriz de classificação apresentada pela empresa, desde que esteja em conformidade com a legislação vigente e com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.

39.3.2. A matriz deverá acompanhar a proposta, identificar os procedimentos e suas respectivas classificações e integrar a contratação, observados os percentuais, limites e condições de coparticipação estabelecidos neste Termo de Referência.

39.3.3. Prevalecerão sobre a classificação apresentada as isenções e as regras específicas de internação hospitalar e psiquiátrica previstas neste instrumento, bem como as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

39.4. Assistência hospitalar

39.4.1. A coparticipação será de R$ 400,00 por evento de internação em apartamento, com ou sem utilização de UTI.

39.4.2. O valor será único por internação, independentemente da duração, da alternância entre apartamento e UTI e da quantidade de procedimentos, exames, medicamentos ou materiais utilizados.

39.4.3. Não serão cobradas cumulativamente as coparticipações ambulatoriais

dos procedimentos integrantes da internação.

39.4.4. A transferência entre unidades hospitalares, sem alta assistencial que encerre o evento, não caracterizará nova internação para multiplicação da cobrança.

39.4.5. A cobrança não poderá ultrapassar o valor do próprio evento reconhecido pela operadora, observadas as isenções e as regras específicas de internação psiquiátrica.

39.5. Internações psiquiátricas

39.5.1. Nas internações psiquiátricas por transtornos mentais ou decorrentes de intoxicação, abstinência alcoólica ou dependência química, será aplicada coparticipação de 30% exclusivamente sobre as despesas correspondentes ao período que exceder 30 dias de internação, contínuos ou não, por beneficiário, em cada ano contratual.

39.5.2. Os primeiros 30 dias não estarão sujeitos à coparticipação por internação psiquiátrica.

39.5.3. A contratada deverá apresentar demonstrativo da contagem dos dias e das despesas consideradas, vedada a cobrança retroativa sobre o período inicial isento.

39.5.4. Não será aplicada cumulativamente a cobrança fixa de R$ 400,00 aos eventos sujeitos a esta regra específica.

39.5.5. O atingimento do período inicial de 30 dias não autorizará a interrupção da cobertura assistencial.

39.6. Isenções

39.6.1. Ficam isentos de coparticipação:

a) quimioterapia para tratamento de câncer;

b) hemodiálise;

c) radioterapia;

d) citologia oncótica;

e) ultrassonografia obstétrica;

f) parto normal e cesárea;

g) mamografia convencional bilateral;

h) mamografia digital bilateral;

i) antígeno específico prostático total — PSA;

j) ultrassonografia de próstata transretal;

k) procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-uterina;

l) serviços realizados nos programas de Atenção Primária à Saúde disponibilizados pela contratada.

39.6.2. A adesão à Atenção Primária à Saúde será facultativa e não constituirá condição obrigatória para acesso aos demais serviços cobertos.

39.6.3. A isenção do parto normal ou cesárea compreenderá o respectivo evento obstétrico, não sendo devida a cobrança fixa de internação relativa ao parto.

39.6.4. As isenções deverão ser identificadas nos sistemas de faturamento e prevalecerão sobre o enquadramento genérico do procedimento.

39.7. Limites mensais de cobrança

39.7.1. A contratada observará os seguintes limites de cobrança mensal:

Categoria	Limite mensal

Titular e dependentes copatrocinados	Até 30% da remuneração mensal do titular
Beneficiários autopatrocinados	Até 60% da respectiva contribuição mensal
Integrantes do grupo familiar	Até 60% da respectiva contribuição mensal

39.7.2. Para os copatrocinados, o limite será aplicado ao conjunto das coparticipações do titular e de seus dependentes vinculados à mesma cobrança.

39.7.3. Para autopatrocinados e integrantes do grupo familiar, a base corresponderá à contribuição mensal do respectivo beneficiário.

39.7.4. A contratada obterá diretamente do beneficiário os documentos necessários à comprovação da base de cálculo, observadas a regulamentação aplicável, a finalidade da coleta e a proteção dos dados pessoais.

39.7.5. Os valores regularmente apurados que excederem o limite mensal serão transferidos para os meses seguintes, respeitados os limites aplicáveis em cada competência.

39.7.6. O limite mensal disciplina o valor exigível em cada mês e não representa remissão automática do saldo devedor.

39.7.7. O parcelamento decorrente exclusivamente da aplicação desses limites não caracterizará atraso do beneficiário nem autorizará cobrança de encargos moratórios.

39.8. Responsabilidade pela cobrança

39.8.1. A cobrança das coparticipações será realizada exclusivamente pela contratada, diretamente do beneficiário ou do responsável financeiro identificado na adesão, por boleto bancário, Título de Cobrança Bancária — TCB, débito autorizado ou outro instrumento idôneo.

39.8.2. Compete à contratada:

a) apurar e conferir os valores devidos;

b) disponibilizar os demonstrativos individuais;

c) emitir e encaminhar os documentos de cobrança;

d) controlar os recebimentos e realizar a baixa dos pagamentos;

e) administrar os parcelamentos decorrentes dos limites mensais;

f) atender às contestações e corrigir cobranças indevidas;

g) promover a recuperação dos valores inadimplidos pelos meios legalmente admitidos.

39.8.3. Os documentos de cobrança terão vencimento até o quinto dia útil de cada mês e deverão ser disponibilizados com antecedência suficiente para conferência e pagamento.

39.8.4. A emissão ou disponibilização tardia imputável à contratada exigirá adequação do vencimento, sem imposição de encargos ao beneficiário por esse motivo.

39.8.5. As cobranças deverão ser individualizadas e segregadas das faturas referentes às obrigações financeiras do TRE-RR.

39.8.6. É vedada a inclusão de coparticipações individuais em faturas emitidas contra o Tribunal, assim como a compensação desses débitos com valores devidos pela Administração.

39.8.7. A inadimplência individual será tratada diretamente entre a contratada e o responsável pelo pagamento, observadas as condições contratuais e a regulamentação aplicável, sem transferência da obrigação ao TRE-RR.

39.8.8. O débito de determinado beneficiário não autorizará a suspensão geral da assistência aos demais inscritos.

39.9. Desligamento e saldo devedor

39.9.1. O desligamento não extinguirá as coparticipações regularmente constituídas por serviços utilizados durante a cobertura.

39.9.2. A contratada permanecerá responsável pela cobrança direta do saldo, observados os seguintes limites:

a) para os beneficiários cuja cobrança utilizava a remuneração como base, até 30% da última remuneração comprovada;

b) para as categorias cuja base era a contribuição mensal, até 60% da última contribuição mensal aplicável.

12.9.3. A cobrança posterior deverá identificar os atendimentos realizados durante a vigência da cobertura e demonstrar a evolução do saldo devedor.

12.9.4. O TRE-RR não assumirá responsabilidade pelo pagamento, pela cobrança ou pela recuperação desses valores após o desligamento.

39.10. Demonstrativos, contestação e proteção de dados

39.10.1. A contratada disponibilizará demonstrativo individual contendo, no mínimo:

a) identificação do beneficiário e do responsável financeiro;

b) data, prestador e procedimento realizado;

c) base de cálculo, percentual e teto aplicado;

d) indicação de eventual isenção;

e) saldo anterior e valores gerados no período;

f) pagamentos, ajustes e valor exigível no mês;

g) saldo remanescente.

39.10.2. Será disponibilizado canal para contestação, com protocolo e resposta fundamentada.

39.10.3. As cobranças indevidas deverão ser canceladas ou restituídas, sem prejuízo das consequências legais aplicáveis.

39.10.4. Os demonstrativos e documentos de cobrança serão encaminhados diretamente ao beneficiário ou responsável financeiro, por meio seguro.

39.10.5. O Tribunal receberá apenas as informações necessárias à fiscalização da execução contratual, observados o sigilo assistencial e a legislação de proteção de dados, sem assumir a operacionalização das cobranças.

SEÇÃO V - MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Condições de execução

1. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

1.1. Os serviços deverão estar prontos para utilização pelos beneficiários a partir da assinatura do contrato.

1.2. Envio de relatórios, faturas e documentos fiscais eletrônicos referentes às despesas do mês de prestação de serviços, inclusive com as inclusões e exclusões de beneficiários.

1.2.1. A CONTRATADA deverá remeter relatórios das despesas e as Faturas Eletrônicas referentes aos beneficiários titulares, dependentes e especiais no primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada.

1.2.2. O CONTRATANTE comunicará à CONTRATADA o aceite, em até 5 (cinco) dias úteis, após a conferência do relatório e da Fatura Eletrônica.

1.2.3. Em caso de erros na fatura, a CONTRATADA será comunicada, devendo proceder os ajustes em até 2 (dois) dias úteis.

1.2.4. A CONTRATADA emitirá e entregará os Documentos Fiscais em nome do CONTRATANTE, no prazo de 02 (dois) dias úteis após o aceite.

1.2.5. Caso haja necessidade, o CONTRATANTE poderá solicitar antecipação do envio dos arquivos de faturamento.

1.2.6. O relatório eletrônico apresentará os valores relativos à movimentação do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento, compreendendo as despesas do valor da mensalidade per capita, inclusive com as datas de inclusões e exclusões, dos Beneficiários Titulares e Dependentes, que será analisado pelo CONTRATANTE para apuração da conformidade.

Local e horário da prestação dos serviços

2. O serviço será prestado em âmbito nacional.

Rotinas a serem cumpridas

3 A execução contratual observará as rotinas:

3.1 Reembolso:

3.1.1 Os reembolsos serão realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação comprobatória do atendimento, assim considerada:

3.1.1.1. Relatório do médico assistente;

3.1.1.2. Conta hospitalar, com descrição dos procedimentos (exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos) e honorários médicos; e

3.1.1.3. Nota fiscal dos serviços prestados.

4. Internação hospitalar:

4.1 Emitir guia de internação nos termos estabelecidos neste Termo de Referência e no contrato. O procedimento para realização de internações hospitalares, observará:

4.2 O pedido de internação, devidamente expedido pelo médico assistente, acompanhado da credencial de identificação e da identidade civil do beneficiário, poderá ser submetido à apreciação da Auditoria Médica da contratada para imediata emissão de guia de internação;

4.3 Após a apreciação do pedido de internação, e havendo divergência técnico-assistencial, a contratada deverá cumprir as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS quanto a instauração de Junta Médica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/2017 (ou normativa que venha substituir e (ou) complementar esta, durante a vigência do contrato).

4.4 A internação hospitalar no estabelecimento credenciado será realizada mediante apresentação da guia de internação expedida pela contratada, acompanhada do pedido de internação preenchido pelo médico assistente, credencial de identificação da contratada e identidade civil, dispensado o comprovante de pagamento;

4.5 Para os casos de urgência e/ou emergência, assim definidos os que implicam risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o beneficiário, cuja caracterização depende tão-somente de declaração do médico assistente, a internação será realizada mediante apresentação do pedido de internação preenchido pelo médico assistente, credencial de identificação da contratada e identidade civil, dispensado o comprovante de pagamento, devendo o beneficiário ou responsável providenciar a guia de

internação até o terceiro dia útil seguinte ao da hospitalização;

4.6 As despesas extraordinárias realizadas pelo paciente beneficiário e/ou acompanhante, não relacionadas diretamente com o tratamento, serão de responsabilidade do beneficiário, sendo pagas diretamente à entidade hospitalar;

4.7 Não serão autorizadas internações que atendam exclusivamente com tabelas próprias/diferenciadas, cujos valores ultrapassem os praticados pela contratada com os demais prestadores.

4.8 Nas internações hospitalares o beneficiário disporá de apartamento individual.

4.9 As órteses, próteses e demais materiais e aparelhos ortopédicos, tais como pinos, parafusos, placas, platinas, marcapassos, serão de cobertura obrigatória exclusivamente quando ligados ao ato cirúrgico coberto pelo plano de saúde, nos termos da legislação vigente, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 2021 e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

5. Autorização para realização de exames:

5.1. Quando não necessitarem de prévia autorização da auditoria médica da contratada os exames serão realizados mediante apresentação da solicitação do médico assistente, da credencial e de identidade civil do beneficiário ao estabelecimento credenciado, não sendo necessária a apresentação de comprovante de pagamento.

5.2. Os exames que necessitarem de prévia autorização da Auditoria Médica da contratada obedecerão aos seguintes procedimentos:

5.3. O pedido de exame expedido pelo médico assistente, acompanhado da credencial de identificação e da identidade civil do beneficiário, deverá ser submetido à apreciação da Auditoria Médica da contratada que, expedirá autorização para realização observados os Prazos Máximos de Atendimento estabelecidos pela ANS;

5.4. Em casos de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde deve-se cumprir as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS quanto a instauração de Junta Médica, nos termos da Resolução Normativa nº 424/2017 (ou normativa que venha substituir e (ou) complementar esta, durante a vigência do contrato).

5.5. As requisições de exames poderão ser solicitadas por médicos deste Regional ou por outros médicos não conveniados, as quais serão transcritas/trocadas na sede administrativa da empresa contratada pela respectiva guia padrão.

Informações relevantes para o dimensionamento da proposta

6. A demanda do órgão tem como base as seguintes características:

6.1. Com o objetivo de subsidiar a elaboração das propostas para a prestação dos serviços, informa-se que os limites máximos de valores correspondentes às faixas etárias estabelecidas no quadro do item 1 da Seção IX deste instrumento devem ser estritamente observados na formulação das respectivas propostas;

6.2. O maior percentual de população está na faixa etária dos 0 a 18 anos;

6.3. As propostas deverão cumprir todos os requisitos, condições e encargos estabelecidas neste instrumento.

6.4. Os preços propostos pelos licitantes deverão abranger todos os custos diretos e indiretos para a execução dos serviços em perfeita consonância com a especificação deste Termo de Referência, contemplando, se for o caso, a mão de obra, materiais, todos os encargos fiscais, sociais e eventualmente trabalhistas decorrentes da prestação dos serviços.

6.5. A proposta da licitante, operadora de plano de saúde, deverá comprovar que atenda aos critérios estabelecidos na Resolução Normativa ANS n . 63, de 22 de dezembro de 2003, a saber:

I - distribuição do público alvo em 10 faixas etárias conforme (Art. 2º, RN ANS 63/03);

II - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária (Art. 3º, I, RN ANS 63/03);

III - A variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas (Art. 3º, II, RN ANS 63/03); IV - As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos (Art. 3º, IV, RN ANS 63/03).

6.6. São documentos complementares da proposta:

I - DECLARAÇÃO da empresa licitante de:

a) Que possui estabelecimentos prestadores de serviço de assistência à saúde, CONFORME RELAÇÃO ANEXA APRESENTADA PELA LICITANTE, quer sejam próprios, credenciados, conveniados, cooperados, ou a ela vinculados sob qualquer forma regular admitida na legislação específica de saúde complementar, nas localidades relacionadas no item 14 da Seção IV deste Termo de Referência;

b) Que todos os estabelecimentos de que tratam o item anterior aceitam, como forma de proporcionar o atendimento, além da identificação do usuário, apenas a apresentação da credencial fornecida pela própria contratada;

c) Que todos os estabelecimentos de que tratam na alínea "a" (acima), indicados pela contratada, não exigem qualquer tipo de adiantamento pecuniário ou qualquer tipo de garantia prévia para o atendimento dos usuários regularmente identificados;

d) Documento que assegure o compromisso de relacionamento com outras entidades para a prestação dos serviços fora de sua área de atuação direta, apresentando, ainda, a relação de estabelecimentos profissionais credenciados, com a indicação dos endereços e especialidades dos consultórios de seus profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos e serviços de enfermagem com os respectivos horários de atendimento credenciados junto a empresa licitante a prestar o atendimento aos beneficiários e seus dependentes, no Estado de Roraima, e ainda, nas demais capitais e outras cidades da Federação e Distrito Federal, devidamente atualizado;

d.1) Essa comprovação do credenciamento de hospitais e laboratórios deverá, no mínimo, atender ao Município de Boa Vista do Estado de Roraima.

II - DECLARAÇÃO de disponibilidade da prestação de serviço de UTI no ar, para atendimento do público alvo.

6.7. Os documentos complementares da proposta poderão ser apresentados em original, cópia autenticada (para evitar eventuais diligências) ou, ainda, publicados em órgão da imprensa oficial. As assinaturas poderão ser reconhecidas em cartório para evitar possíveis diligências durante o certame.

6.8. Não serão consideradas as propostas que indiquem períodos iniciais de carência para a prestação de serviços de que trata este Termo de Referência, tanto para servidores cadastrados, como para aqueles que vierem a se cadastrar em prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento que tornou possível a inscrição do usuário.

6.9. Serão desclassificadas as propostas em desacordo com as condições e exigências estabelecidas neste Termo de Referência.

6.10. Sagrar-se-á vencedor do certame o licitante que ofertar o menor preço global anual para a execução dos serviços objeto especificado no presente Termo de Referência, observando-se a quantidade de faixas etárias, os limites de variação dos valores das faixas, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde e,

também, o valor máximo estimado neste termo de referência para cada faixa etária.

Procedimentos de transição e finalização do contrato:

7. Os tratamentos que estavam em andamento antes da assinatura do contrato devem ser mantidos e continuados. Isso inclui os tratamentos que estavam sendo realizados por meio do plano de saúde anteriormente contratado, inclusive aqueles que foram autorizados por decisão judicial. Caso os beneficiários estejam passando por tratamentos de longa duração que não são cobertos pelo plano de saúde ou seguradora atual, poderão ser redirecionados para centros de atendimento especializados com a cobertura do novo plano de saúde.

8. Serão necessários, ainda, a observância dos seguintes procedimentos:

8.1. Em caso de indisponibilidade de profissionais credenciados na especialidade requerida pelo beneficiário na sua localidade, a CONTRATADA poderá facultar ao beneficiário o atendimento na modalidade tele consulta.

8.2. Em caso de recusa do beneficiário ao atendimento na modalidade tele consulta a CONTRATADA deverá providenciar o atendimento presencial ao beneficiário na localidade solicitada.

Especificação da garantia do serviço (art. 40, §1º, inciso III, da Lei nº 14.133, de 2021)

9. O prazo de garantia contratual dos serviços é aquele estabelecido na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

SEÇÃO VI - MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

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

2. 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.

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

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

5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar 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 da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

Preposto

6. A Contratada designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado.

6.1. O preposto indicado deverá atender prontamente às solicitações dos fiscais do contrato, sempre que acionado, prestando os esclarecimentos e as informações necessárias, dirimindo eventuais dúvidas e adotando as providências necessárias à solução de quaisquer pendências relacionadas à execução dos serviços, independentemente do dia e horário em que for solicitado.

7. Sempre que solicitado, o preposto da Contratada deverá comparecer às dependências da Contratante.

8. A Contratante poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a Contratada designará outro para o exercício da atividade.

Fiscalização

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

Fiscalização Técnica

10. 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.

11. O fiscal técnico do contrato anotará 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.

12. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

13. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contato, 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.

14. 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.

15. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VII).

Fiscalização Administrativa

16. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

17. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

Gestor do Contrato

19. 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.

20. 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 ultrapassarem a sua competência.

21. O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais

22. O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial 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.

23. O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

24. 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.

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

SEÇÃO VII - CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO, PAGAMENTO E REAJUSTE

1. A avaliação da execução do objeto utilizará o disposto neste item.

1.1. Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

1.1.1. não produzir os resultados acordados,

1.1.2. deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou

1.1.3. deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

2. O disposto neste item não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

3. A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará os seguintes critérios:

3.1. Atraso injustificado na entrega das credenciais, magnéticas ou disponibilização de acesso ao cartão virtual e aplicativo, aos beneficiários:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 0,1 % (um décimo por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

b) a partir do sexto até o décimo dia, multa de 0,2% (dois décimos por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

c) superior a 10 (dez) dias poderá caracterizar a inexecução do Contrato.

3.2. Atraso injustificado na expedição de autorização para realização de exames e emissões de guias de internação:

a) até 24 (vinte e quatro) horas, multa de 0,3 % (três décimos por cento), incidente sobre o valor da fatura mensal;

b) a partir da 25ª (vigésima quinta) até a 72ª (septuagésima segunda) hora, multa de 0,5% (cinco décimos por cento), incidente sobre o valor da fatura mensal;

c) superior a 72 (setenta e duas) horas poderá caracterizar inexecução do Contrato.

3.3. Atraso injustificado no reembolso de despesa decorrente de serviço prestado por profissional ou estabelecimento de saúde, quando a Contratada não o possuir em sua rede própria, credenciada, conveniada, cooperada ou a ele vinculada sob qualquer forma regular admitida na Legislação específica de saúde complementar dentro da circunscrição geográfica do domicílio do usuário:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 1,0% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor efetivamente devido e não reembolsado;

b) a partir do sexto até o décimo dia, multa de 2,0% (dois por cento) ao dia,

incidente sobre o valor efetivamente devido não reembolsado;

c) atraso superior a 10 (dez) dias poderá caracterizar a inexecução do Contrato.

3.4. Suspensão injustificada e indevida na prestação de qualquer serviço objeto da contratação:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 1,0% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

b) a partir do sexto até o décimo dia, 2,0% (dois por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

c) superior a 10 (dez) dias poderá caracterizar a inexecução do Contrato.

3.5. Atraso na entrega de garantia contratual:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 0,5% (meio por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

b) a partir do sexto até o décimo dia, multa de 1,0% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

c) superior a 10 (dez) dias poderá caracterizará a inexecução do Contrato.

3.6. Deixar de informar os dados do preposto e do responsável pelo contrato ou, ainda, deixar de informar a relação de seus funcionários responsáveis pelo atendimento ao fiscal do contrato:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 0,5% (meio por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

b) a partir do sexto até o décimo dia, multa de 1,0% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato;

c) superior a 10 (dez) dias poderá caracterizar a inexecução do Contrato.

3.7. Descumprimento das demais obrigações estabelecidas no contrato, no edital e sua proposta, após formalmente notificado pela fiscal ou gestor do contrato:

a) até 5 (cinco) dias, multa de 0,5% (meio por cento) ao dia, incidente sobre o valor da obrigação inadimplida ou, caso não seja possível mensurá-la financeiramente, sobre o valor do contrato;

b) a partir do sexto até o décimo dia, multa de 1,0% (um por cento) ao dia, incidente sobre o valor da obrigação inadimplida ou, caso não seja possível mensurá-la financeiramente, sobre o valor do contrato;

c) superior a 10 (dez) dias poderá caracterizar a inexecução do Contrato ou também a reiteração/reincidência de conduta faltosa, em um lapso de 60 (sessenta) dias após regular notificação.

Do recebimento

4. Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de 10 (dez) dias, pelos fiscais técnico e administrativo, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo.

5. 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.

6. O fiscal técnico do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico.

7. O fiscal administrativo do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter administrativo.

8. O fiscal setorial do contrato, quando houver, realizará o recebimento provisório sob o ponto de vista técnico e administrativo.

9. 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 à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

9.1. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último;

9.2. 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 atestar a última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

9.3. A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

9.4. O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.

9.5. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

10. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

11. Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento provisório, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

11.1. Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial, quando houver, 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.

11.2. 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 à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;

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

11.4. Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização.

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

12. 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, de 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.

13. Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo contratado,

de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

14. 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.

Liquidação

15. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do art. 7º, §2º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022.

16. O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, nos casos de contratações decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021

17. Para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

a) o prazo de validade;

b) a data da emissão;

c) os dados do contrato e do órgão contratante;

d) o período respectivo de execução do contrato;

e) o valor a pagar; e

f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

18. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante;

19. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

20. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para:

a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;

b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

21. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

22. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

23. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

24. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

Prazo de pagamento

25. O pagamento será efetuado no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77, de 2022.

26. No caso de atraso pelo Contratante, os valores devidos ao contratado serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA de correção monetária.

Forma de pagamento

27. O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

28. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

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

29.1. 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.

30. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

Critérios de reajuste dos preços do contrato

31. Do reajuste contratual ordinário:

I - Os preços inicialmente contratados são fixos e irreajustáveis no prazo de um ano contado da data-base do orçamento estimado, em conformidade com o § 7º do art. 25 da Lei 14.133/2021.

II - Após o interregno de um ano, independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, da variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA; exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade originária, para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

III - Nos reajustes subsequentes ao primeiro, em casos de outras excepcionais prorrogações contratuais, o interregno mínimo de um ano será contado da data de início dos efeitos financeiros do início último reajuste ocorrido.

IV - No caso de atraso ou não divulgação do(s) índice (s) de reajustamento, o Contratante pagará ao Contratado a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja(m) divulgado(s) o(s) índice(s) definitivo(s). Na ocorrência dessa hipótese, fica o Contratado obrigado a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente.

V - Nas aferições finais, o(s) índice(s) utilizado(s) para reajuste será(ão), obrigatoriamente, o(s) definitivo(s).

VI - Caso o(s) índice(s) estabelecido(s) para reajustamento venha(m) a ser extinto(s) ou de qualquer forma não possa(m) mais ser utilizado(s), será(ão) adotado(s), em substituição, o(s) que vier(em) a ser determinado(s) pela legislação então em vigor.

VII - Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

32. Do reajuste contratual por sinistralidade:

I - de acordo com o art. 27, II, da Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro

de 2022, poderá ser aplicado, de forma complementar ao reajuste ordinário anual previsto no item 31 desta seção, o reajuste por sinistralidade, observadas as seguintes regras:

a) define-se sinistralidade como a relação entre a receita da operadora e os gastos com despesas assistenciais (Acórdão TCU nº 679/2018 - Plenário);

b) a meta de sinistralidade definida para o contrato é de 75%;

c) o reajuste por sinistralidade poderá ser deferido, desde que requerido pelo contratado, na hipótese da sinistralidade calculada no período de 12 meses, contado a partir do mês de assinatura do contrato ou do início da execução dos serviços - caso os meses sejam distintos – for comprovadamente superior ao percentual de 75%;

d) nos eventuais reajustes subsequentes ao primeiro, o período mínimo de um ano será contado da data de início dos efeitos financeiros do último reajuste deferido;

e) o percentual de reajuste será calculado pela média da sinistralidade mensal a cada 12 (doze) meses consecutivos, devidamente documentado e comprovado pelo contratado. Deverá o contratado apresentar o pedido com o extrato detalhado que demonstre efetivamente o aumento proporcional das despesas em relação às receitas.

II - a sinistralidade será apurada conforme a seguinte fórmula:

S = (DA – RC)/R,

onde:

S = Sinistralidade;

DA = Despesas Assistenciais;

RC = Recuperação de Co-participação

R = Receita

Onde:

DA (Despesas Assistenciais): São todos os dispêndios de utilização do plano de saúde, efetuados pelos beneficiários, entre eles, honorários médicos, insumos, procedimentos médicos, internações, taxas, medicamentos, etc, durante o período apurado, inclusive, eventuais ressarcimento realizados pela Operadora ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários do plano no serviço público.

RC (Recuperação de Co-participação): Total de pagamentos de co-participação efetuadas por beneficiários do plano do período apurado.

R (Receitas): São todos os valores remunerados à Operadora de Saúde por conta da Prestação de Serviço do Plano de Saúde, no período apurado.

III - o índice de reajuste por sinistralidade a ser aplicado para o equilíbrio econômico-financeiro do plano será apurado conforme a seguinte fórmula:

r = S / Sm, onde:

r = Índice de reajuste;

S = Corresponde à sinistralidade do período – 12 meses;

Sm = Corresponde à meta de sinistralidade – 75%.

33. Independemente da ocorrência das formas de atualização dos valores do contrato previstas no itens 31 e 32 deste termo de referência, é garantida a reclassificação automática dos valores por mudança de faixa etária em estrita observância aos limites e demais regras definidas pela Resolução Normativa ANS nº 563, de 2022 ou outra norma da ANS que vier a alterá-la ou sucedê-la.

SEÇÃO VIII - FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

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 para o GRUPO.

Regime de execução

2. O regime de execução do objeto será o de empreitada por preço unitário, tendo em vista que a natureza dos serviços de assistência à saúde demanda uma remuneração variável conforme a efetiva utilização do plano e a quantidade de beneficiários ativos. O pagamento será realizado mensalmente sob a modalidade per capita, calculado com base no valor unitário da mensalidade por faixa etária (conforme proposta da contratada), multiplicado pelo número total de beneficiários (titulares e dependentes) regularmente inscritos e ativos no sistema de gestão da operadora no respectivo período de apuração.

Exigências de habilitação

3. A habilitação será verificada por meio do Sicaf, nos documentos por ele abrangidos, além da documentação complementar exigida neste instrumento.

Habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista

4. Caso os documentos necessários para comprovar a habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista, previstos nos incisos I a VI do caput e nos §§ 1º e 2º do artigo 68 da Lei n. 14.133/2021, não estejam contemplados no Sicaf, as licitantes deverão apresentar os documentos a seguir:

4.1. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.2. Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020.

4.3. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.4. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz

4.5. Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971.

4.6. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

4.7. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

4.8. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

4.9. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

4.10. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes [Estadual/Distrital] ou [Municipal/Distrital] relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

4.11. Prova de regularidade com a Fazenda [Estadual/Distrital] ou [Municipal/Distrital] do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

4.12. Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos [Estadual/Distrital] ou [Municipal/Distrital] relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

5. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

Qualificação Econômico-Financeira e Qualificação Técnica

6. Além da habilitação jurídica, a licitante deverá comprovar sua qualificação Econômico-Financeira e Qualificação Técnica, por meio dos documentos a seguir.

7. Para fins de qualificação Econômica-Finaceira:

7.1. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II);

7.2. Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, comprovando;

7.2.1. patrimônio líquido mínimo de 10% do valor total estimado da contratação.

8. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 65, §1º).

9. Para fins de qualificação Técnica:

9.1. Ato de autorização para o exercício da atividade de operadora de Plano de Assistência à Saúde na modalidade de contratação coletivo empresarial, expedido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos termos do art. 9º , I, da Lei n° 9.656/98.

9.2. Registro da empresa na Agência Nacional de Saúde, em plena validade, conforme o disposto no inciso XXII do art. 4º da Lei 9.961/00.

9.3. Comprovação de aptidão para o fornecimento de bens 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.

9.2.1. Para fins da comprovação de que trata este subitem, os atestados deverão dizer respeito a contratos executados com as seguintes características mínimas: 01 (um) Atestado de capacidade técnico-operacional, em nome do licitante, comprovando a prestação de serviços com características similares ao objeto desta licitação, com prestação do serviço para no mínimo 25% do número total de vidas estimadas nesse instrumento.

9.2. Será admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, a apresentação e o somatório de diferentes atestados executados de forma concomitante.

9.3. Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz

ou da filial do fornecedor.

9.4. O fornecedor 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 da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

Cooperativas

10. Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

10.1. A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971;

10.2. A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;

10.3. A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à execução contratual;

10.4. O registro previsto na Lei n. 5.764, de 1971, art. 107;

10.5. A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e

10.6. Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa: a) ata de fundação; b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou; c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia; d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; e f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;

10.7. A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971, ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

SEÇÃO IX - ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

1. O custo estimado total da contratação é de **R $ 5.865.037,04 (cinco milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil e trinta e sete reais e quatro centavos)**, conforme custos unitários apostos na tabela baixo.

ITEM	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	FAIXA ETÁRIA	Total de beneficiários titulares e dependentes legais	PREÇO UNIT. ESTIMADO MÉDIA (R$)	PREÇO TOTAL ESTIMADO MENSAL (R$)	PREÇO UNITÁRIO ESTIMADO ANUAL (R$) Valor a ser disputado	PREÇO TOTAL ESTIMA ANUAL (R$)
1	Contratação de operadora de plano de saúde, na modalidade coletiva	00 a 18	87	R$ 505,23	R$ 43.954,72	R$ 6.062,72	R$ 527.456
2		19 a 23	26	R$ 594,72	R$ 15.462,63	R$ 7.136,60	R$ 185.551

3	empresarial, sem coparticipação, com o objetivo de garantir a assistência à saúde dos servidores efetivos, comissionados, cedidos e requisitados, bem como de seus dependentes legais, conforme disposto na Portaria TRE/RR nº 236/2023 e na Lei nº 8.112/1990	**24 a 28**	**8**	**R$ 685,82**	**R$ 5.486,59**	**R$ 8.229,88**	**R$ 65.839,**
4		**29 a 33**	**15**	**R$ 794,98**	**R$ 11.924,70**	**R$ 9.539,76**	**R$ 143.096**
5		**34 a 38**	**30**	**R$ 866,09**	**R$ 25.982,80**	**R$ 10.393,13**	**R$ 311.793**
6		**39 a 43**	**33**	**R$ 997,09**	**R$ 32.904,08**	**R$ 11.965,12**	**R$ 394.848**
7		**44 a 48**	**32**	**R$ 1.171,08**	**R$ 37.474,56**	**R$ 14.052,96**	**R$ 449.694**
8		**49 a 53**	**38**	**R$ 1.448,43**	**R$ 55.040,47**	**R$ 17.381,26**	**R$ 660.485**
9		**54 a 58**	**32**	**R$ 1.907,39**	**R$ 61.036,48**	**R$ 22.888,68**	**R$ 732.437**
10		**59+**	**79**	**R$ 2.525,14**	**R$ 199.486,06**	**R$ 30.301,62**	**R$ 2.393.8**
TOTAL ESTIMADO (R$)					**R$ 488.753,09**		**R$ 5.865.0**

2. A quantidade estimada de beneficiários (vidas) poderá sofrer acréscimos ou decréscimos ao longo da vigência contratual, em razão de eventos administrativos e funcionais, tais como nomeações, exonerações, aposentadorias, falecimentos, desligamentos, bem como inclusão ou exclusão de dependentes.

3. As movimentações cadastrais serão comunicadas formalmente à contratada, observando-se os prazos e procedimentos estabelecidos no instrumento contratual, e produzirão efeitos financeiros no mês subsequente ao da efetiva inclusão ou exclusão.

4. O pagamento será realizado exclusivamente com base no quantitativo de beneficiários ativos no respectivo período de competência, não havendo garantia de quantitativo mínimo.

SEÇÃO XI - DEVERES E RESPONSABILIDADES

1. Deveres e Responsabilidades do contratante:

1.1 Proporcionar as facilidades indispensáveis à boa execução do objeto.

1.2 Relatar, por escrito, com a devida comprovação, as eventuais irregularidades na execução dos serviços;

1.3 Exigir e conferir todos os documentos listados nas obrigações prévias da contratada, manifestando-se por sua regularidade ou notificar a contratada para que os apresente em prazo razoável, sob pena de não celebrar o contato, sem prejuízo da aplicação das penalidades legais e editalícias;

1.4 Cumprir e fazer cumprir todos os prazos e condições estabelecidas neste TR e no contrato;

1.5 Reunir-se com a contratada, sempre que solicitado ou quando julgar necessário para definir detalhes ou esclarecer aspectos relacionados à execução dos serviços;

1.6 Assegurar, quando exigível, o acesso dos empregados da contratada, quando devidamente identificados, aos locais em que devam executar suas tarefas;

1.7 Promover o acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato, sob os

aspectos quantitativo e qualitativo, anotar em registro próprio as falhas detectadas e comunicar à contratada as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas de parte desta;

1.8 Notificar a contratada para, no prazo máximo concedido, contados do recebimento da notificação, cumprir obrigações relacionadas aos aspectos em desacordo com as regras do contrato, alertando sobre as sanções que poderão ser aplicadas nas hipóteses de descumprimentos injustificados;

1.9 Rejeitar, através do fiscal contrato, a execução dos serviços em desacordo com as obrigações estabelecidas no contrato e fixar prazo para a correta execução do objeto;

1.10 Exercer quaisquer outras atribuições derivadas da lei, regulamentos, das demais normas aplicadas ou sempre que o exigir o interesse da Administração Pública.

1.11 Fornecer a relação dos beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência dos inscritos;

1.12 Requerer formalmente a inscrição de novos beneficiários, responsabilizando-se pelas informações sobre titularidade e dependência desses;

1.13 Comunicar a inclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde, em formulário próprio e entregue até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês à contratada;

1.13.1 Os beneficiários inscritos têm o direito aos serviços contratados a partir do primeiro dia útil do mês subsequente, excetuando-se os casos de recém-nascidos, filhos naturais de beneficiárias, que terão cobertura imediata, e assegurada por 30 dias após o parto.

1.14 Comunicar à contratada a exclusão de qualquer beneficiário do Plano de Saúde até o dia 25 de cada mês;

1.14.1 Os beneficiários excluídos têm o direito aos serviços contratados até o último dia do mês da solicitação, sendo a exclusão efetivada a contar do primeiro dia do mês subsequente.

1.15 - Informar imediatamente à contratada perda, roubo ou dano à credencial de identificação do beneficiário, para cancelamento ou, quando for o caso, para emissão de segunda via;

1.16 - Pagar pela prestação dos serviços, nos termos definidos neste Termo de Referência;

1.17 - Promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando à CONTRATADA as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte desta;

2. Deveres e Responsabilidades da Contratada:

2.1 Cumprir e fazer cumprir todos os prazos e condições para a execução do objeto nos termos estabelecidos na sua proposta comercial, neste TR, no edital e no instrumento de contrato;

2.2 Aceitar, atendendo à conveniência e necessidades do contratante, acréscimos ou supressões do objeto da contratação em até 25 % (vinte e cinco por cento) do valor total ou estimado do contrato, na forma do artigo 125 da Lei n. 14.133/2021;

2.3 Indicar, quando exigível, um preposto para o contrato, sendo este o interlocutor da contratada para os assuntos relativos ao cumprimento das cláusulas contratuais e para participar de reuniões de acompanhamento, sempre que solicitado pelo contratante;

2.4 Responder solicitações para elucidação de eventuais questões relacionadas à execução do contrato;

2.5 Responsabilizar-se técnica e administrativamente pelo objeto contratado, não sendo aceito, sob qualquer pretexto, a transferência de responsabilidade a outras entidades, sejam fabricantes, técnicos ou quaisquer outros;

2.6 Apenas subcontratar parcialmente a execução do objeto do contrato com prévia anuência do contratante e com observância estrita das regras definidas no contrato;

2.7 Comunicar ao gestor do contrato, por escrito, toda e qualquer anormalidade de caráter urgente que possa impossibilitar a execução do objeto do contrato e prestar os esclarecimentos julgados necessários;

2.8 Arcar com a todos os custos diretos e indiretos que incidam sobre a execução do objeto do contrato, tais como: impostos, taxas, encargos, mão de obra, materiais, equipamentos e todos os demais incidentes;

2.9 Responder integralmente por perdas e danos que vier a causar ao Tribunal ou a terceiros em razão de ação ou omissão, dolosa ou culposa, sua ou dos seus prepostos, independentemente de outras combinações contratuais ou legais a que estiver sujeita;

2.10 Manter, durante toda a vigência do contrato, as condições de habilitação exigidas na contratação.

2.11 Cumprir as demais disposições contratuais, legais, principalmente da legislação específica aplicável à execução do objeto do contrato.

2.12 Entregar cartão físico de todos os beneficiários, inicialmente inscritos pelo contratante no prazo de 20 (vinte) dias úteis contados da assinatura do instrumento contratual e conceder acesso ao cartão virtual e
aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão dos beneficiários.

2.12.1 O cartão físico dos beneficiários poderá ser substituído pelo envio ao contratante, em idêntico prazo, dos dados digitais individuais de cada beneficiário para impressão física e fornecimento às pessoas que manifestarem interesse.

2.13. Proceder à inscrição de novos beneficiários, seja na qualidade de beneficiário - titular ou de beneficiário - dependente, na forma prevista neste instrumento;

2.13.1 - Os desligamentos que ocorrerem a pedido da CONTRATANTE, deverão ocorrer em até 10 (dez) dias do comunicado oficial;

2.13.2 - Os desligamentos que ocorrerem por motivo de falecimento, deverão ser considerados pela CONTRATADA, a partir da Certidão de Óbito;

2.14 Entregar cartão físico ou conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo dos novos beneficiários inscritos pelo CONTRATANTE no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados do recebimento do requerimento
do contratante e conceder acesso ao cartão virtual e aplicativo imediatamente após finalizada a inclusão do beneficiário.

2.15 Fornecer ao contratante, sempre que solicitado, relação dos médicos e estabelecimentos próprios e integrantes da REDE CREDENCIADA da Contratada e seus endereços, bem como dos serviços contratados, glossário de termos técnicos e material explicativo;

2.16 Autorizar a realização de exames.

2.17 Emitir guia de internação nos termos estabelecidos neste Termo de Referência e no contrato.

2.18 Nomear e manter atualizada a informação sobre preposto, com dados pessoais, contatos telefônicos, e-mail e endereço para encaminhamento de ofícios e notificações que se fizerem necessárias durante a vigência contratual.

2.19 Quando o prazo de resposta não estiver definido por lei, pelas normas regulamentares aplicáveis aos serviços objeto do contrato, ou previsto de forma expressa no próprio contrato, responder, no prazo razoável definido pela equipe de fiscalização ou pela equipe de gestão do contrato, às demandas da contratante formalizadas por meio de ofícios, notificações ou consultas, independendo o meio de comunicação.

2.20 Indicar ao CONTRATANTE o nome do responsável pelo contato e um preposto e fornecer, sempre que solicitado, relação dos funcionários da administração

responsáveis pelo atendimento ao fiscal do contrato;

2.21 Manter-se durante a execução do contrato, com todas as condições de habilitação exigidas no edital de pregão respectivo, apresentando, sempre que solicitado, comprovação de sua adimplência com a Fazenda Pública e/ou com a Seguridade Social (Certidão Negativa de Débito - CND), com o FGTS (Certificado de Regularidade de Situação – CRF), coma Justiça do Trabalho e com o CNJ (Certidão Negativa de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade do CNJ);

2.22 Sujeitar-se à ampla e irrestrita fiscalização por parte do contratante, cabendo à contratada prestar todos os esclarecimentos solicitados e acatar as reclamações formuladas;

2.23 Responsabilizar-se pelos danos pessoais ou materiais diretamente causados por sua ação/omissão ou por integrantes de sua REDE CREDENCIADA ao contratante, aos beneficiários por ele inscritos ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução dos serviços objeto deste Termo de Referência, não podendo ser arguido para efeito de exclusão de responsabilidade o fato de o contratante proceder à fiscalização ou o acompanhamento da execução dos referidos serviços;

2.24 Arcar com todos os encargos de natureza trabalhista, previdenciária, acidentária, tributária, administrativa e civil decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo de Referência **e comprovar, sempre que solicitado pelo contratante, os repasses e pagamentos aos hospitais e à rede credenciada;**

2.25 Responder por quaisquer compromissos assumidos com terceiros em decorrência da execução do contrato;

2.26 Comunicar por escrito e imediatamente ao Contratante a ocorrência de contratação de empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e de assessoramento, de membros ou juízes vinculados a este Tribunal;

2.27 Comunicar por escrito e imediatamente ao contratante o ingresso de profissionais ou estabelecimentos de saúde em sua rede credenciada que tenha em sua direção pessoas com os vínculos descritos no item anterior;

2.28 **Reembolso em caso de indisponibilidade ou inexistência de cobertura**: Na hipótese de indisponibilidade de atendimento nos prazos máximos previstos na RN ANS nº 566/2022 ou inexistência de atendimento no município demandado há necessidade de consulta prévia à Operadora do Plano de Saúde e será assegurado ao beneficiário reembolso das despesas efetuadas com os atendimentos previstos na cobertura contratual nos termos da supracitada RN;

2.29 Na hipótese de urgência ou emergência em município sem rede assistencial, será assegurado ao beneficiário o reembolso integral das despesas realizadas sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las;

2.30 O reembolso deverá ser efetuado, no máximo, até 30 (trinta) dias após a entrega da nota fiscal pelo usuário dos serviços diretamente à empresa contratada;

2.31 Prestar remoção, aérea e/ou terrestre, inter-hospitalar, comprovadamente necessária, aos beneficiários do contratante, conforme parecer do médico assistente responsável pelo paciente e da equipe do Serviço Aeromédico responsável pelo traslado, em âmbito nacional, desde que atendidas as exigências contratuais e critérios técnicos aeromédicos vigentes. O atendimento pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI no ar) deverá ser prestado quando necessário, em todas as localidades que permitam o serviço aeromédico e que se fizerem necessárias, dentro do território nacional.

2.32 Atender as solicitações de exames e/ou pedidos de internação realizados por médico assistente não pertencente à REDE CREDENCIADA, que deverão ser apresentados pelo beneficiário à Auditoria Médica da contratada, a fim de serem anexados a formulário próprio expedido pela contratada (requisição de exame, guia de internação ou equivalentes) no ato da apresentação, devendo ambos serem

apresentados pelo beneficiário aos estabelecimentos da REDE CREDENCIADA para obtenção de atendimento. Poderão, no entanto, tais solicitações serem submetidas à junta médica da contratada.

2.33 Todas as especificações contidas no Objeto desta Licitação completam-se com o conteúdo deste instrumento, que contém informações, instruções e orientações sendo parte integrante do edital;

2.34 A empresa contratada responsabiliza-se por todos os impostos, taxas, encargos sociais, obrigações de ordem trabalhistas, previdenciária e cível, decorrentes das suas atividades;

2.35 Cumprir todas as leis e demais normas aplicáveis à execução dos serviços, mesmo que não referidas expressamente neste instrumento, no edital ou no contrato.

SEÇÃO X - ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União.

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

Boa Vista/RR, *data da assinatura eletrônica*.

Ademárcio da Silva

Coordenador de Contratações do TRE/RR

(assinado eletronicamente)

Documento assinado eletronicamente por **ADEMARCIO DA SILVA**, **Técnico Judiciário**, em 23/11/2026, às 11:14, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.tre-rr.jus.br/autenticidade informando o código verificador **1108573** e o código CRC **72F3B328**.