

CONSELHO REG.DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS-RS

Termo de Referência 29/2026

Informações Básicas

Número do artefato	UASG	Editado por	Atualizado em
29/2026	926560-CONSELHO REG.DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS-RS	STEFANI CORREA DUARTE	25/08/2026 14:32 (v 0.6)
Status			
DISPONIBILIZADO			

Outras informações

Categoria	Número da Contratação	Processo Administrativo
V - prestação de serviços, inclusive os técnico-profissionais especializados/Serviço continuado sem dedicação exclusiva de mão de obra	44/2026	040/2026

1. DO OBJETO

1.1. O objeto do presente Termo de Referência trata-se da contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde, ainda denominado Operadora de Plano de Saúde, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de assistência médica, sem carência, com coparticipação, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar incluindo partos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, no âmbito de todo o território brasileiro, em abrangência nacional, padrão quarto individual com banheiro privativo, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas com cobertura de todas as especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e exames complementares reconhecidos ou que vierem a ser reconhecidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

1.2. A presente contratação adotará o critério de julgamento o menor preço **GLOBAL, EM ITEM ÚNICO**.

Item	Catser	Descrição	Quant.	Valor Unit. Mês	Valor Total Mensal	Valor Total 12 meses
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 0 a 18 anos .	3	R\$ 343,19	R\$ 1.029,57	R\$ 12.354,84
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 19 a 23 anos .	0	R\$ 404,67	-	-
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 24 a 28 anos .	6	R\$ 486,08	R\$ 2.916,48	R\$ 34.997,76
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 29 a 33 anos .	6	R\$ 620,25	R\$ 3.721,50	R\$ 44.658,00

1	13340	Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 34 a 38 anos.	5	R\$ 682,32	R\$ 3.411,60	R\$ 40.939,20
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 39 a 43 anos.	6	R\$ 778,45	R\$ 4.670,70	R\$ 56.048,40
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 44 a 48 anos.	10	R\$ 909,21	R\$ 9.092,10	R\$ 109.105,20
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 49 a 53 anos.	4	R\$ 1.041,74	R\$ 4.166,96	R\$ 50.003,52
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária 54 a 58 anos.	1	R\$ 1.210,27	R\$ 1.210,27	R\$ 14.523,24
		Plano de Saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para acima de 59 anos.	5	R\$ 1.840,95	R\$ 9.204,75	R\$ 110.457,00
TOTAIS					R\$ 39.423,93	R\$ 473.087,16

1.3. Especificações do Objeto

1.3.1. A operadora do plano de saúde deverá oferecer a opção de plano de assistência médica ambulatorial, hospitalar e obstétrica, compreendendo internações em quartos privativos, banheiro privativo, com direito a um acompanhante, modalidade global e abrangência nacional.

1.3.2. O referido plano compreenderá os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, bem como todos os exames e procedimentos elencados no rol da ANS, respeitadas as respectivas Diretrizes de Utilização, não sendo admitidas quaisquer tipos de limitações nas coberturas garantidas pelas referidas normas.

1.3.3. Os serviços deverão abranger, no mínimo, as especialidades previstas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com rede credenciada mínima conforme item 8.7 deste Termo de Referência aos empregados do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul e seus dependentes, cujo número atual é 46 (quarenta e seis) vidas. A faixa etária atual dos empregados do Core-RS encontra-se na tabela do item 4.4 deste Termo de Referência.

1.3.4. Deverão ser cobertas cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pela operadora CONTRATADA na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.

1.3.5. Havendo indisponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora, nas mesmas condições da modalidade de plano em que o beneficiário está cadastrado ou modalidade superior.

1.3.6. O plano deverá estar devidamente registrado na ANS, com comprovação por meio de número de registro e segmentação assistencial compatível. A empresa contratada deverá comprovar regularidade junto à ANS, bem como manter todos os registros e autorizações exigidos para a operação. Por fim, deve haver a disponibilização de aplicativo e/ou plataforma online para marcação de consultas, acesso a resultados de exames, rede credenciada e canais de atendimento.

1.3.7. Atendimento ao beneficiário por meio de central de atendimento 24 horas, via telefone, aplicativo ou site.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A contratação tem por objetivo oferecer aos empregados do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul – Core-RS e aos seus dependentes, condições de assistência à saúde, haja vista ser um importante diferencial para qualidade de vida o que propicia tranquilidade para desenvolverem as suas atividades laborais. Além disso, oferecer um adequado plano de saúde contribui com as prevenções das doenças e por consequência favorece o baixo índice de absenteísmo.

2.2. A intenção primordial do Core-RS é garantir um plano de saúde eficiente e digno, tanto para o desempenho funcional quanto para a vida pessoal, visando reduzir ou minimizar os impactos negativos das doenças na continuidade e na qualidade do trabalho dos funcionários.

2.3. Considerando a abrangência nacional, é imprescindível devido aos deslocamentos frequentes dos empregados para participação em cursos, congressos, conferências e palestras em todo o território nacional, além das reuniões no Conselho Federal dos Representantes Comerciais – CONFERE, localizado na cidade de Brasília/DF. Neste contexto de cuidado extremo e cautela diante da persistente pandemia global, torna-se ainda mais necessário assegurar o acesso à saúde em âmbito nacional.

3. DAS DEFINIÇÕES

3.1. **USUÁRIOS** – Os inscritos no plano de assistência à saúde na condição de beneficiários: titulares e dependentes.

3.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – O empregado público de provimento efetivo e empregado público de provimento em comissão do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul – Core-RS.

3.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – Os cônjuges, companheiros (as), pai e mãe dos beneficiários titulares, filhos dos beneficiários titulares, enteados e menores sob guarda, conforme definido neste Termo de Referência.

3.4. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** – Valor a ser estabelecido para pagamento pelo beneficiário titular quando do preenchimento do termo de adesão ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial, incluindo os seus dependentes, incluindo o valor correspondente à mensalidade dos beneficiários dependentes.

3.5. **REDE CREDENCIADA** – Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de assistência à saúde coletivo empresarial por intermédio da CONTRATADA.

3.6. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – Localidades em que a CONTRATADA oferece rede credenciada, composta por instituições e profissionais na área de medicina, terapia e outras especialidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

3.7. **OPERADORA** – Empresa com registro junto a ANS responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e rede credenciada na área geográfica de atuação do Conselho Regional dos Representantes Comercial do Rio Grande do Sul e garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e normativos expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.8. **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** – É um serviço oferecido por operadora, empresa privada de assistência à saúde e, com o intuito de prestar assistência médica e hospitalar.

3.9. **PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO** – Parcela devida pelo empregado no custeio do plano de saúde.

3.10. **CARÊNCIA** – É o tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano de assistência à saúde em um determinado procedimento, observado os regramentos da ANS.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados beneficiários TITULARES:

- a) O empregado público de provimento efetivo e empregado público de provimento em comissão, ativos do Core-RS;
- b) O empregado público em benefício previdenciário (INSS).

4.2. São considerados beneficiários DEPENDENTES legais:

- a) cônjuges ou companheiro(a), desde que declarado(a) em instrumento público ou com reconhecimento judicial da união estável;

- b) filho(a) sob qualquer condição, enteado, menor sob guarda, sob tutela e todas as demais formas legais, solteiros até 21 anos de idade completos;
- c) filho(a) sob qualquer condição, enteado, menor sob guarda, sob tutela e todas as demais formas legais, solteiros até 24 anos de idade completos, se forem, comprovadamente, matriculados em cursos de ensino superior ou equivalente, não tendo economia própria;
- d) filho(a), ou enteado(a) solteiro(a) em qualquer idade, quando incapacitado permanentemente física ou mentalmente para o trabalho, sem limite de idade;
- e) Pai e mãe, sem limite de idade, que conste na declaração de imposto de renda do titular do plano de saúde.

4.3. Fica garantida a opção de continuidade para manutenção do plano de empregados após a perda do vínculo empregatício com o Core-RS, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente os custos diretamente com a operadora.

4.4. Estimativa de Beneficiários

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE EMPREGADOS	NÚMERO DE DEPENDENTES
0 – 18 anos	-	3
19 – 23 anos	-	-
24 – 28 anos	4	2
29 – 33 anos	5	1
34 – 38 anos	4	1
39 – 43 anos	6	-
44 – 48 anos	9	1
49 – 53 anos	4	-
54 – 58 anos	1	-
59 – 99 anos	4	1
Total	37	9

4.4.1. A estimativa acima foi feita de acordo com o número de empregados atual. Dos beneficiários acima, **31 (trinta e um) titulares e 9 (nove) dependentes participam do plano de saúde**, oferecido pela empresa atualmente.

4.4.2. **O número de beneficiários pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de adesão e permanência no plano de saúde.** Considerando também os casos de desligamento e contratação de novos empregados que expressarem a intenção de aderir ao plano.

4.4.3. Caberá ao Core-RS a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do emprego ativo e a relação de parentesco de seus dependentes.

4.5. Identificação dos Beneficiários

4.5.1. Os beneficiários, titulares e dependentes, receberão gratuitamente uma carteira de identificação personalizada, a ser fornecida pela CONTRATADA, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde médico hospitalar.

4.5.2. Em caso de: extravio, roubo, furto, danificação por incêndio ou enchente da carteira de identificação; sendo devidamente comprovado; o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pela CONTRATADA.

4.5.3. O empregado excluído do Plano de Saúde será responsável pela devolução imediata ao setor de Recursos Humanos, do Core-RS, de sua carteira de identificação, de seus dependentes e demais vinculados, se houver.

4.5.4. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado programa, do plano de saúde, e após a vigência de sua exclusão do programa serão única e exclusivamente do beneficiário.

5. DAS CARÊNCIAS

5.1. Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias, a contar da data de assinatura do contrato celebrado entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE;

5.2. Fim do prazo disposto no item 5.1, a adesão será permitida, porém está sujeita a período de carência, exceto nos casos previstos no 5.3, nos prazos máximos de:

a) 24 (vinte e quatro) horas para consultas de Urgência e/ou Emergência;

b) 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames simples;

c) 60 (sessenta) dias para consultas psiquiátricas, tratamentos psiquiátricos, fisioterapia, nutricionista, fonoaudiologia, terapia ocupacional, acupuntura;

d) 60 (sessenta) dias para procedimentos complementares;

e) 60 (sessenta) dias para internações hospitalares (sem cirurgia);

f) 180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares;

g) 300 (trezentos) dias para partos.

5.3. Ficam excluídos de quaisquer carências:

5.3.1. Os beneficiários titulares que entrarem em exercício após a assinatura do contrato, no prazo de 30 (trinta) dias da data da sua admissão;

5.3.2. aqueles que venham adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto deste termo, após a assinatura do contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, provimentos em cargos efetivos e em comissão, guarda, tutela definitiva etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 30 (trinta) dias contados da:

a) data de nascimento do beneficiário dependente;

b) data do casamento do beneficiário titular para inclusão do cônjuge.

5.3.3. Atendimentos ambulatoriais em situações de urgência e emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão de beneficiário.

5.4. As alterações de níveis de plano deverão estar isentas de carências.

6. DA ADESÃO E EXCLUSÃO

6.1. ADESÃO

6.1.1. A adesão do plano de saúde é facultativa e se dará na forma estabelecida neste Capítulo.

6.1.2. A adesão dos titulares será feita mediante a assinatura de um “Termo de Adesão” a ser fornecido pelo CONTRATANTE.

6.1.3. A adesão dos dependentes poderá ser feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um “Termo de Adesão”.

6.1.4. A adesão dos beneficiários dependentes no plano de saúde dar-se-á na mesma categoria do plano do respectivo titular.

6.1.5. A adesão dos beneficiários dependentes dependerá da participação do beneficiário titular, ou seja, não haverá adesão de beneficiário dependente sem a adesão do titular.

6.1.6. É garantida a inscrição de filho recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de DLP – doenças e lesões pré existentes ou aplicação de CPT – cobertura parcial temporária ou Agravo.

6.1.7. É garantida a inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante, conforme prevê o artigo 12, VII, da Lei 9656/1998.

6.2. EXCLUSÃO

6.2.1. Cessará, ou será interrompido o direito do beneficiário titular e demais beneficiários a ele vinculados, de usufruírem o Plano de Saúde, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à contratada, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

- a) falecimento do titular;
- b) quando solicitado pelo titular;
- c) por demissão/exoneração ou aposentadoria do titular;
- d) inadimplência da parcela que cabe ao empregado e de seus dependentes em caso de benefício previdenciário, aposentadoria por invalidez ou outros afastamentos sem remuneração.

6.2.2. Os dependentes serão excluídos do plano de saúde nas seguintes situações:

- a) falecimento do titular;
- b) exclusão do titular;
- c) perdas das condições contidas no item 4.1;
- d) solicitado pelo titular.

6.2.3. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a vigência de sua exclusão do plano, serão de única e exclusivamente responsabilidade do beneficiário, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

6.2.4. A condição prevista no item 4.3 deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

7. DO REEMBOLSO

7.1. Reembolso é o ressarcimento que a empresa prestadora do serviço Médico Hospitalar, deverá realizar quando o beneficiário utilizar serviços assistenciais à saúde, executados por entidades ou profissionais autônomos não credenciados e/ou próprios, quando o atendimento não ocorrer pela sua rede credenciada e/ou própria, quando o beneficiário estiver em local fora da área de atuação da CONTRATADA.

7.2. Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários reembolso de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;
- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da CONTRATADA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da CONTRATADA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

7.3. Para solicitar reembolso das despesas, conforme critérios acima descritos, o usuário deverá apresentar à CONTRATADA o seguinte:

- a) Cartão de Identificação do Usuário;

- b) Relatório do Médico discriminando: o tipo de procedimento executado, região e valor unitário de cada procedimento;
- c) Recibo original de honorários do médico, devidamente assinado e com carimbo do CRM e CPF / CNPJ;
- d) Data do atendimento;
- e) Dados do usuário referentes à sua conta bancária (Banco, agência, número da conta-corrente e nome do titular da conta);
- f) CPF do titular do plano.

7.4. Na cidade aonde o atendimento não esteja coberto ou executado diretamente pela CONTRATADA, serão aceitos os planos e condições particulares da localidade, sendo o beneficiário reembolsado, integralmente, das despesas médicas hospitalares e ambulatoriais no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega completa da documentação necessária exigida, caso seja devido.

7.5. O beneficiário tem o prazo de 60 (sessenta) dias a partir da data do atendimento para solicitar o reembolso.

8. DA EXECUÇÃO DO OBJETO

8.1. Cobertura Geográfica mínima: abrangência/atendimento em todo território nacional.

8.2. Modalidade Global.

8.3. Planos médicos abrangidos: a referência é o Plano de Saúde Básico em quarto individual.

8.4. As operadoras deverão oferecer a opção de planos de assistência médico ambulatorial e hospitalar, inclusive obstétrica.

8.5. As mensalidades do plano de saúde serão estabelecidas de acordo com a faixa etária que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

8.6. Quando necessárias, as coparticipações em serviços prestados pela operadora do plano de saúde a serem pagas pelos beneficiários optantes, de acordo com os preços habitualmente praticados pela operadora, nos limites de até 40%.

8.7. Rede Credenciada mínima:

- a) Atendimento em, no mínimo, 10 (dez) hospitais na região metropolitana e de Porto Alegre, incluindo os principais hospitais: Complexo Hospitalar Santa Casa, Divina Providência e Ernesto Dornelles;
- b) Atendimento em, no mínimo, 40 (quarenta) clínicas na região metropolitana e de Porto Alegre;
- c) Atendimento em, no mínimo, 5.000 (cinco mil) médicos credenciados no Estado do Rio Grande do Sul;
- d) Atendimento em, no mínimo, 100.000 (cem mil) médicos credenciados no Brasil;
- e) Possuir em, no mínimo, 2 (dois) laboratórios próprios ou da rede credenciada na região metropolitana e de Porto Alegre;
- f) Atendimento em, no mínimo, 1 (um) hospital na região de Pelotas;
- g) Possuir em, no mínimo, 1 (um) laboratório próprio ou da rede credenciada na região de Pelotas.

8.8. Apresentação das formas de serviços de atendimento ao usuário – 0800, Central de Atendimento, aplicativo, etc.

8.9. Apresentação da forma de liberação on-line para os beneficiários bem como forma para liberação de atos complementares (facilidades e vantagens para efetuar o pagamento do ato complementar).

8.10. Deverão ser cobertas todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656/98 e suas alterações, bem como nas Resoluções da ANS, que disciplinam o rol de procedimentos obrigatórios, sem limite de utilização ou de valor, além das admitidas pelo Conselho Federal de Medicina e/ou Associação Médica Brasileira.

8.11. Os procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão ser fornecidos pela CONTRATADA seguirão conforme previsto na RN 259 /2011.

8.12. A CONTRATADA deve fornecer as autorizações, ou justificar por escrito os indeferimentos, no prazo máximo de até 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do respectivo pedido, em relação aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames laboratoriais e complementares, serviços auxiliares, terapias ou qualquer outro tratamento médico que necessite de autorização prévia.

8.13. A CONTRATADA terá um prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do pedido de inclusão do beneficiário no plano, para entregar o cartão para o CONTRATANTE.

8.14. A 2ª via do cartão em caso de perda, roubo ou extravio, deverá ser fornecida gratuitamente ao usuário.

8.15. Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

8.16. Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação (inclusive os gastos com alimentação do acompanhante), bem como remoção de paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional, tudo até a alta hospitalar.

8.17. O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até à alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

8.18. Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados, ficam garantidas nesse caráter, consultas em todas as especialidades.

8.19. Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênicas das crianças nascidas na vigência do contrato.

8.20. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

8.21. Cobertura para acidente do trabalho.

8.22. Remoção do paciente em ambulância, será observado os locais disponíveis na rede credenciada, sem limite de quilometragem, quando constatada a impossibilidade de sua locomoção pelo seu médico assistente, ficando excluídas as remoções para consultas e exames.

8.23. Cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou acima de 60 (sessenta) anos e para pessoas com necessidade especial.

8.24. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.

8.25. Atendimento ambulatorial e hospitalar a portadores de dependências químicas, transtornos psiquiátricos e nos casos de diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79, F90 a F98, relacionadas no CID 10 (ambulatorial e internamento); sendo a duração de seu tratamento conforme a necessidade atribuída pelo médico assistente.

8.26. Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

8.27. Custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

8.28. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

8.29. Cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

8.30. A contratação cobre o atendimento, pela CONTRATADA, das despesas dos eventos que se seguem:

- a) consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) internação hospitalar, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- c) internação em UTI ou similar, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- d) Cirurgias, em número ilimitado e sem limite de valor;
- e) exames médicos, em número ilimitado e sem limite de valor;
- f) serviços de diagnóstico, de tratamento e procedimentos clínicos e cirúrgicos, em número e valor limitados ao rol de procedimentos da ANS;
- g) doenças crônicas;
- h) doenças e lesões pré-existent;
- i) doenças congênicas;

- j) doenças infecto contagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive AIDS;
- k) doenças de Senilidade, constantes da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), considerando sempre o ato normativo vigente.
- l) material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, pregos, telas cirúrgicas etc.), sem limite de quantidade ou de valor;
- m) acidentes de Trabalho;
- n) atendimento de Urgência e Emergência;
- o) remoção do beneficiário, em ambulância, inclusive com UTI móvel, própria ou contratada, obrigatoriamente acompanhada de médico assistente, no percurso "hospital-hospital", "residência-hospital", "hospital-residência" e "local de acidente hospital", para atendimento de urgência e emergência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor;
- p) assistência médica e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou à data oficial da adoção.

8.31. A cobertura incluirá:

- a) atendimentos nos casos de planejamento familiar;
- b) participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- c) o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

8.32. A CONTRATADA se obriga a cobrir, desde o momento da internação até à alta hospitalar, as seguintes despesas:

- a) diárias decorrentes da internação hospitalar, inclusive em UTI ou similar, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória;
- b) despesas com o uso de Centro Cirúrgico, de UTI ou similar, de UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, incluindo todo o material utilizado;
- c) diárias de maternidade e berçário;
- d) alimentação;
- e) serviços de Nutrição e Dietéticos;
- f) serviços gerais de Enfermagem;
- g) serviços de diagnóstico e de tratamento;
- h) honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos;
- i) taxa de internação, de sala de cirurgia, de sala de parto, de sala de gesso e de outras necessárias, incluindo os materiais utilizados (inclusive os descartáveis), inclusive material de Osteossíntese (entre outros: placas, fios, hastes, pregos, parafusos etc.), enxertos vasculares e telas cirúrgicas;
- j) hemodiálise e diálise;
- k) sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme solicitação médica;
- l) exames específicos e complementares para a elucidação diagnóstica e indispensáveis para o controle da evolução da doença que motivou a internação, bem como as decorrentes da internação, e para o seu tratamento, até à alta hospitalar;
- m) medicamentos em geral, anestésicos, gases medicinais, transfusão de sangue e de seus derivados e/ou complementares, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, e outros procedimentos e serviços previstos neste Anexo que se fizerem necessários durante o período da internação;
- n) toda e qualquer taxa e todo material logístico utilizado (aparelhos, artigos utilizados etc.), assim como as despesas decorrentes da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, por via terrestre;
- o) diárias de acomodação de acompanhante, se for o caso;
- p) casos pertinentes à clínica médica de urgência e emergência, quando solicitados e justificados pelo médico assistente.

8.33. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da CONTRATADA, fica garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário.

8.34. A CONTRATADA não poderá criar, em quaisquer hipóteses, restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.

8.35. Não haverá limites de permanência para internações hospitalares em UTIs, como determinam as disposições da ANS.

8.36. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, sem prejuízo da continuidade dos atendimentos em curso até o novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, à CONTRATANTE as providências adotadas.

8.37. Cobertura de transplantes de rim e córnea, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

8.38. Cobertura a qualquer tratamento fonoaudiológico, psicológico e fisioterápico, inclusive Terapia Ocupacional com número de sessões limitadas de acordo com o CID do beneficiário.

8.39. Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

8.40. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

8.41. Não estão cobertos pelo contrato os serviços descritos na Lei 9.656/98 ou normativo pertinente, a saber:

- a) aborto provocado, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas e saunas de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais e de repouso, tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais;
- b) cirurgias plásticas em geral, exceto as restauradoras para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, e, nesses casos, a cobertura estará sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
- c) despesas com medicamentos de manutenção após transplantes;
- d) despesas extraordinárias de internação, como refrigerantes, lavagem de roupa, aluguel de aparelho de televisão, telefonemas interurbanos e internacionais;
- e) home care, inclusive enfermagem particular;
- f) exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;
- g) medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação;
- h) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos;
- i) próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- j) remoções por via aérea, salvo nos casos indicados em que se comprove a impossibilidade de realizar-se o tratamento na cidade em que se encontra o paciente;
- k) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar;
- l) tratamento fertilização e esterilização.

9. DAS OBRIGAÇÕES

9.1. São obrigações da CONTRATADA:

9.1.1. Manter todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação, durante todo o período de vigência do contrato, fornecendo, sempre que solicitado, documentos que comprovem tais condições.

9.1.2. Administrar e fornecer relação individual por beneficiários, extrato demonstrativo com o detalhamento dos procedimentos utilizados contendo:

- Nome do beneficiário Titular;
- Nome do beneficiário Dependente;
- Nome do profissional e ou estabelecimento prestados do serviço;
- Data(s) da(s) ocorrência(s);
- Valor do(s) serviço(s)/atendimento(s), medicamento(s), outro(s);
- Demonstrativo anual de recolhimento, para fins de Imposto de Renda.

9.1.3. Prestar cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, bem como aquelas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estabelecido pela Resolução Normativa nº 338/2013 (e atualizações), ou que nesta venham a ser incluídos, com atendimento a consultas médicas, procedimentos, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades.

9.1.4. Incluir qualquer novo titular, decorrentes de qualquer fato gerador, em até 30 (trinta) dias da data do evento (admissão, inclusão). A CONTRATADA terá um prazo de 5 (cinco) dias úteis para processar as solicitações registradas pela CONTRATANTE.

9.1.5. No caso de exclusão de beneficiário por demissão/exoneração, a CONTRATADA deve informar à CONTRATANTE o valor parcial da mensalidade referente ao período em questão em até 5 (cinco) dias úteis para que seja possível lançar o desconto correspondente na rescisão do empregado.

9.1.6. Possibilitar ao Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul, a fiscalização do objeto contratado.

9.1.7. Solucionar todos os eventuais problemas pertinentes ou relacionados com a execução do objeto contratado, mesmo que para isso outra solução não prevista em contrato tenha que ser apresentada, para aprovação e implementação, sem ônus adicionais para o Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul, desde que de responsabilidade da CONTRATADA.

9.1.8. Fornecer um guia de atendimento do plano médico hospitalar, atualizado, para cada beneficiário titular quando da entrega do cartão de identificação do mesmo. Desse guia deve constar nome, telefone e endereço dos Hospitais, Clínicas e/ou Centros de Atendimento, Institutos, Laboratórios, Serviços Auxiliares de Saúde e Médicos Credenciados, outras entidades da área da saúde e serviços auxiliares, comprometendo-se a informar todas as sucessivas alterações.

9.1.9. Manter a rede de atendimento credenciada e/ou própria em número igual ou superior ao apresentado em sua proposta, de maneira a atender os beneficiários, devidamente identificados, em qualquer localidade do Estado do Rio Grande do Sul e outros Estados da Federação, nas mesmas condições deste Termo de Referência.

9.1.10. Manter atualizado a relação de profissionais e entidades prestadoras de serviços credenciados e/ou próprios, disponibilizando as listagens, pelo menos, em meio digital ao Core-RS.

9.1.11. Comunicar à CONTRATANTE, com 30 (trinta) dias de antecedência, a substituição dos hospitais, médicos, serviços auxiliares e odontológico, outros equivalentes, à exceção dos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

9.1.12. Garantir aos beneficiários da CONTRANTE, sempre que houver indisponibilidade de leitos nos hospitais ou clínicas credenciadas e/ou próprias da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento da qualidade igual ou superior, sem custo adicional.

9.1.13. Reembolsar todas as despesas previstas, de acordo com os limites contratuais e realizadas em território nacional, conforme previsto neste Termo de Referência.

9.1.14. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral.

9.1.15. Comunicar ao Conselho dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato, bem como providenciar imediata correção das deficiências apontadas pelo CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados, sem de forma alguma prejudicar o atendimento médico hospitalar dos beneficiários.

9.1.16. Responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, em vigor, decorrentes da execução dos serviços objeto deste termo.

9.1.17. Encaminhar, até o dia 10 (dez) de cada mês, a Nota Fiscal/Fatura à CONTRATANTE, bem como o relatório mensal dos titulares do plano e seus respectivos dependentes (em ordem alfabética).

9.1.18. Atender, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas quaisquer exigências do CONTRATANTE, inerentes ao objeto da contratação.

9.1.19. Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul.

9.1.20. Não veicular publicidade ou qualquer outra informação acerca da prestação dos serviços do contrato firmado, sem prévia autorização do CONTRATANTE.

9.1.21. Executar dentro da melhor técnica e qualidade os serviços necessários à realização do objeto deste termo.

9.2. São obrigações da CONTRATANTE:

9.2.1. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA.

9.2.2. Relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários constando da relação todas as informações necessárias, para fins de cadastramento.

9.2.3. Fornecer à CONTRATADA todas as informações relacionadas aos beneficiários que participarão do plano contratado.

9.2.4. Obter autorização expressa dos Titulares para consignar em folha de pagamento os valores decorrentes das contribuições e participações.

9.2.5. Informar aos empregados do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul o procedimento para inscrição nos planos administrados pela operadora contratada.

9.2.6. Encaminhar à operadora contratada os formulários de inscrição de novos beneficiários (Titulares e Dependentes) com as informações necessárias para seu cadastramento e recebimento dos Cartões de Identificação de Beneficiários.

9.2.7. Recolher os cartões de Identificação dos Beneficiários excluídos.

9.2.8. Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido.

9.2.9. Conferir e atestar as Notas Fiscais/Faturas Mensais.

9.2.10. Efetuar o pagamento da prestação mensal.

9.2.11. A execução das obrigações contratuais integrantes deste Termo será fiscalizada por um funcionário, formalmente designado pela Autoridade Competente, com autoridade para exercer, como representante do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado do Rio Grande do Sul, toda e qualquer ação de orientação geral, acompanhamento e fiscalização da execução contratual.

9.2.12. A CONTRATANTE não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Contrato, bem como por quaisquer danos causados a terceiros em decorrência do ato da CONTRATADA, de seus empregados, propostos ou subordinados.

9.2.13. CONTRATANTE não responderá por quaisquer ônus, direitos ou obrigações vinculadas à legislação tributária, trabalhista, previdenciária ou securitária, além do pagamento de tributos, tarifas, emolumentos, etc., decorrentes da execução do presente Contrato, cujo cumprimento e responsabilidades caberão, exclusivamente à CONTRATADA.

10. DOS CRITÉRIOS DE MEDIAÇÃO E PAGAMENTO

Liquidação

10.1 Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, ocorrerá o prazo de 10 (dez) dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos de art. 7º, §2º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022.

10.2. Para fins de pagamento, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal/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.

10.3. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça o pagamento 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;

10.4. A Nota Fiscal/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.

10.5. 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.

10.6. 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.

10.7. 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.

10.8. 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.

10.9. 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

10.10. O pagamento será efetuado no prazo 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.

10.11. 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 IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) de correção monetária, ou o índice que o substitua.

Forma de Pagamento

10.12. A Contratante efetuará o pagamento após o ateste da Nota Fiscal, de acordo com as descrições contida na Nota de Empenho, contrato ou outro instrumento hábil, conforme o caso, preferencialmente por boleto bancário e excepcionalmente por transferência bancária a ser creditada na conta corrente da Contratada, desde que o material/serviço tenha sido entregue/prestado integralmente, aprovado e atestado pela fiscalização da Contratante.

10.12.1. O Boleto Bancário deverá estar regularmente instruído, como CEDENTE da Contratada, como SACADO o Contratante (Core-RS) e sem nenhum tipo de antecipação do recebível. Sendo que o pagamento será efetuado única e exclusivamente para a Contratada.

10.12.2. A Contratante seguirá a ordem cronológica para cada fonte diferenciada de recursos, subdividida nas seguintes categorias de contratos: I-fornecimento de bens; II-locações; III-prestação de serviços; e IV-realização de obra.

10.12.3. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o art. 75, II, da Lei nº 14.133/21 serão efetuados no âmbito do Core-RS, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da apresentação da Nota Fiscal com o ateste do recebimento definitivo no setor financeiro.

10.12.4. O Core-RS reserva-se o direito de recusar o pagamento se, no ato do atesto, o material/serviço não estiver de acordo com as especificações apresentadas e aceitas.

10.12.5. A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome da Contratante.

10.12.6. Na nota Fiscal emitida para a Contratante deverão constar os dados bancários para crédito/emissão da origem bancária, contendo: código e nome do banco, número da agência (sem o dígito) e número da conta corrente (com o dígito).

19 de 21

10.12.7. Na efetivação do pagamento será efetivada a retenção na fonte dos tributos e contribuições, de acordo com a IN nº 1234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal do Brasil e suas alterações.

10.12.8. O boleto bancário das empresas Não Optantes do Simples Nacional deverá ser emitido no valor líquido, ou seja, excluído o valor de impostos, considerando que cabe ao Core-RS a retenção dos tributos federais, conforme legislação acima citada.

10.12.9. No caso da Contratada ser optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (SIMPLES), deverá apresentar, juntamente com a Nota Fiscal, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção na fonte dos tributos e contribuições.

10.12.10. Caso não seja apresentada a Declaração de optante pelo Simples Nacional, a Contratante efetuará os recolhimentos, na forma da legislação, como não sendo optante pelo regime especial de tributação.

10.12.11. Caso haja incorreção no faturamento, os documentos de cobrança serão devolvidos para regularização e pagos em até 72 horas, a contar da sua nova aceitação, não cabendo atualização financeira sob hipótese alguma.

10.13. É vedado à Contratada, sob pena de rescisão do ajuste, negociar ou caucionar a Nota de Empenho recebida para fins de operação financeira, ainda que relacionada com o objeto da avença.

Antecipação de Pagamento

10.14. A presente contratação não permite antecipação de pagamento.

Cessão de Crédito

10.15. Não será admitida a cessão fiduciária de direitos creditícios com instituição financeira, nos termos e de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de Julho de 2020.

Reajuste

10.16. O valor mensal da prestação dos serviços poderão sofrer reajuste, mediante solicitação da CONTRATADA e na época devida, ou seja, após o transcurso de 12 (doze) meses contados da assinatura do presente contrato, com base na variação do IPCA, ocorrida nos 12 (doze) meses anteriores à solicitação.

10.17. Não haverá alteração de valores com periodicidade inferior a um ano, conforme exige o §1º e o §3º do art. 2º da Lei nº 10.192/2001, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária do beneficiário assistido ou aumento/redução do quantitativo de beneficiários.

10.18. No mês subsequente ao aniversário do beneficiário que atinja a idade limite de cada faixa, automaticamente, esse será inserido na faixa seguinte, prevalecendo, por consequência, a mensalidade da respectiva faixa etária.

10.19. Independentemente do prazo de vigência do contrato, o reajuste de preços será realizado conforme a data-base vinculada à data do orçamento estimado, podendo ser adotados mais de um índice específico ou setorial, de acordo com a realidade de mercado dos respectivos insumos, em conformidade com o disposto no art. 25, § 7º, da Lei nº 14.133/2024.

11. DO MODELO DE GESTÃO DE CONTRATO

11.1. 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.

11.2. 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.

11.3. 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.

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

11.5. 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, quando for o caso.

Fiscalização

11.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput).

11.7. O fiscal 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI);

11.7.1. O fiscal 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. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º, e o Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II);

11.7.2. Identificada qualquer inexecução ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, III);

11.7.3. O fiscal do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV);

11.7.4. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, V);

11.7.5. 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);

11.7.6. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassem a sua competência. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, II).

11.8. 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 (Art. 23, I e II, do Decreto nº 11.246, de 2022).

11.8.1. Caso ocorram 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; (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 23, IV).

11.9. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, IV).

11.9.1. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, III).

11.9.11. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VIII).

11.9.12. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, X).

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

11.12. 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. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VI).

11.13. 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.

11.14. A fiscalização de que trata esta cláusula, não exclui e nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade e, na sua ocorrência, não implica em corresponsabilidade da Administração ou dos seus agentes e prepostos, salvo quanto a estes, se decorrente de ação ou omissão funcional apuradas na forma da legislação vigente.

Preposto

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

11.16. A Contratada deverá manter o preposto da empresa no local de execução do objeto durante todo o período contratual.

11.17. 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.

12. DOS CRITÉRIOS DA SELEÇÃO DO FORNECEDOR

Regime de Execução

12.1. 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**.

Forma de Fornecimento

12.2. O fornecimento do objeto será continuado.

Exigências de Habilitação

12.3. Para fins de habilitação, deverá o interessado comprovar os seguintes requisitos:

12.3.1. Habilitação Jurídica

12.3.1.1. Pessoa física: cédula de identidade (RG) ou documento equivalente que, por força de lei, tenha validade para fins de identificação em todo o território nacional;

12.3.1.2. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

12.3.1.3. Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/ptbr/empreendedor>;

12.3.1.4. 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;

12.3.1.5. 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.

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

12.3.1.7. 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.

12.3.1.8. 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.

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

12.3.2. Habilitação Fiscal, Social e Trabalhista

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

12.3.2.2. 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.

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

12.3.2.4. 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;

12.3.2.5. do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto- Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

12.3.2.6. 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;

12.3.2.7. 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;

12.3.2.8. 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.

12.3.2.9. O fornecedor enquadrado como micro empreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

12.3.3. Qualificação Técnica

12.3.3.1. Comprovação de aptidão para execução de serviço 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.

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

12.3.3.3. Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.

12.3.3.4 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.

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

12.3.3.6. Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado da Matriz.

12.3.3.7. Na hipótese da licitante se tratar de seguradora, deverá apresentar ainda a prova de registro na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

12.3.3.8. Declaração da licitante de que possuirá no ato da assinatura do contrato rede de atendimento credenciada ou própria nas seguintes localidades, com as características, especialidades e quantitativos mínimos descritos no item 8.7.

13. DA ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

13.1. A partir dos valores por faixa etária obtidos nas referidas pesquisas, foi calculada a média aritmética dos preços para cada faixa etária e aplicada à estimativa de 46 beneficiários (37 empregados e 9 dependentes), resultando em um custo mensal estimado de R\$ 39.423,93 (trinta e nove mil quatrocentos e vinte e três reais e noventa e três centavos) e valor anual estimado de R\$ 473.087,16 (quatrocentos e setenta e três mil oitenta e sete reais e dezesseis centavos).

14. DO PRAZO DE VIGÊNCIA

14.1. O prazo de vigência da contratação inicial é de 60 (sessenta) meses contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

15. DA GARANTIA

15.1. Não haverá exigência da garantia da contratação de acordo com artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

16. DA SUBCONTRATAÇÃO

16.1. Não será permitida a subcontratação total ou parcial dos objetos licitados neste Termo de Referência.

17. DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA

17.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original; sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato; não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

18. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

18.1. A conexão entre a contratação e o planejamento existente está contido na Proposta Orçamentária e Plano de Trabalho do Core-RS para o exercício de 2026 e demonstrativo de execução de receita e da despesa. A despesa decorrente do CONTRATO ocorrerá na conta contábil: **6.2.2.1.1.01.01.03.003 - Plano de Saúde**.

19. DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

19.1. A empresa CONTRATADA deve se comprometer a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, conforme a Lei 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

20. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

STEFANI CORREA DUARTE

Auxiliar Administrativo



Assinou eletronicamente em 25/08/2026 às 14:32:44.