



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MATO GROSSO DO SUL
R. Desembargador Leão Neto do Carmo, 23 - Bairro Parque dos Poderes - CEP 79037-100 - Campo Grande - MS

TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO I - A

SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto determinar as condições para contratação de pessoa jurídica operadora de plano de saúde ou seguro privado de assistência à saúde para a prestação dos **SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES** a serem contratados pelo Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso do Sul (TRE/MS).

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CATSER	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE USUÁRIOS	VALOR TOTAL ESTIMADO	INTERVALO MÍNIMO ENTRE OS LANCES
1	Serviços Médicos e Hospitalares	12920	serviço	831	R\$ 24.047.625,60	100,00

1.2. O Plano Privado de Assistência a Saúde (PPAS), a ser contratado é o **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

1.3. A internação será realizada em apartamento, com banheiro privativo e direito à acompanhante.

1.4. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela contratada, é garantido ao usuário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

1.5. O objeto desta contratação não se enquadra como sendo bem de luxo, conforme Decreto nº 10.818, de setembro de 2021.

1.6. O prazo de vigência da contratação é de 05 (cinco) anos, prorrogável por até 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

1.7. Em caso de divergência entre a descrição do material indicada no SIASG/COMPRASNET e a constante deste Termo de Referência, prevalecerá esta última.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. A fundamentação da presente contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizado em tópico específico dos Estudos Preliminares (Anexo V) deste Termo de Referência.

2.2. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratação Anual 2023, conforme Processo SEI n. 0008835-25.2022.6.12.8000, publicado na página deste

3 . A CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE E DA ABRANGÊNCIA

3.1. A contratação tem por objeto a prestação de serviços na forma de plano de **assistência à saúde**, por intermédio de Pessoa Jurídica na forma do inciso I do art. 1º da Lei 9.656/98, no segmento **Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, incluindo, dentre outros, exames, consultas, tratamentos, procedimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e partos.

3.2. O serviço à saúde será prestado por intermédio da contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica e hospitalar, a ser paga integralmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

3.3. A contratada será uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que possua registro na Agência Nacional de Saúde, ainda que de forma provisória, com situação cadastral ativa, comprovada por meio de “Comprovação de Situação Cadastral”.

3.4. O objetivo da contratação é a prestação de serviços com procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e atendimentos de urgência e emergência, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, observado o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde - ANS.

• DAS LEGISLAÇÕES E DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

3.5. O Plano Privado de Assistência à Saúde contratado deverá estar de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações e Resoluções do CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.6. As despesas serão pagas por meio do sistema de **PRÉ-PAGAMENTO**, de acordo com a classificação de faixa etária, aceitando-se o reembolso, nos casos exclusivamente previstos no contrato, cujos valores terão como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), vigente e atualizada, ou as tabelas praticadas pela operadora e informadas no ato da contratação, ou ainda, reembolso total da despesa, para casos específicos também definidos no contrato.

3.7. O tipo de contratação será **COLETIVO EMPRESARIAL**.

3.8. Haverá **CO-PARTICIPAÇÃO** dos usuários referente ao pagamento de parte do honorário médico da consulta.

• **DA ABRANGÊNCIA DO PLANO**

3.9. A abrangência dos serviços deverá ser a nível nacional, por intermédio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.

3.10. No âmbito regional, além da capital, a contratada deverá prestar atendimento, em pelo menos 30 (trinta) cidades do interior do Estado de Mato Grosso do Sul, dentre elas as cidades de Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Três Lagoas.

3.11. Ainda que o plano possua abrangência nacional, a principal sede de atendimento do plano contratado é o município de Campo Grande - MS, onde deverá ser disponibilizado pela operadora todo o tipo de atendimento e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Negociação do percentual de reajuste, dentro dos limites estabelecidos no contrato.

4.2. Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul.

4.3. Considerando que o registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil, os planos de saúde, igualmente, têm que ser registrados, ainda que posteriormente tenham que sofrer aditivo para atender a necessidade específica do TRE/MS. Para tanto a empresa deverá comprovar o registro válido na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), compatível com o objeto da licitação.

4.4. Atestado(s) de capacidade técnica, emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando que o licitante prestou, a contento, serviços de assistência à saúde análogos ao objeto desta contratação, por meio de plano ou seguro privado, para, no mínimo, 415 (quatrocentos e quinze) beneficiários(as).

4.5. Na presente contratação será admitida a participação de consórcio.

4.6. A subcontratação será permitida para os serviços de atendimento aero-médico e atendimento domiciliar de emergência, caso a empresa fique impossibilitada de prestar tais serviços.

5. EXECUÇÃO DO OBJETO

• **DA REDE DE ATENDIMENTO**

5.1. Os serviços serão prestados pela rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada em número mínimo de 30.000 (trinta mil) prestadores de serviços, incluindo, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros, sendo, pelo menos 1000 credenciados, cooperados ou referenciados no estado de Mato Grosso do Sul.

5.2. Deverão ser ou estar credenciados, dentre os hospitais que prestarão serviços aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, consideradas no mínimo a cidade de Campo Grande, São Paulo, Campinas e Curitiba, unidades que atendam a quaisquer procedimentos (exames, cirurgias, consultas e outros) relacionados a todas as doenças previstas no CID, observado o rol de procedimentos em vigor.

5.2.1 A título de comparativo e sugestão, apresentamos a seguinte relação:

5.2.1.1. em Campo Grande, a Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande;

5.2.1.2. na cidade de São Paulo (SP), Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital e Maternidade São Rafael, Hospital e Pronto Socorro Iguatemi, Hospital IGESP, Hospital Santa Cruz, Hospital Santa Helena.

5.2.1.3. na cidade de Campinas (SP), Associação Evangélica Beneficente de Campinas (Hospital Samaritano), Instituto Penido Burnier, Instituto do Coração de Campinas, Beneficência Portuguesa e Hospital Celso Pierro.

5.2.1.4. na cidade de Curitiba (PR), Hospital Erasto Gaertner, Hospital Nossa Senhora das Graças e Hospital Vita Batel S.A.

5.3. Na cidade de Campo Grande, deverão ser ou estar credenciados no mínimo 10 hospitais e no mínimo 80 prestadores de serviço, incluindo, clínicas e laboratórios.

5.4. Não havendo no município de Campo Grande – MS nenhum profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados para atender os procedimentos exigidos pelo plano de saúde, a operadora deverá arcar imediata e integralmente, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, contadas em dias úteis, com os custos de transporte aéreo comercial e estadia em hotel padrão três estrelas em outro local de sua rede cooperada/credenciada, que ofereça o serviço necessário, conforme orientação e indicação do médico assistente.

5.4.1. Sendo o usuário menor de 18 ou maior de 60 anos, a operadora deverá arcar também com custos do acompanhante, na forma aqui prevista.

5.5. Não havendo no território nacional nenhum profissional e/ou clínica credenciados, conveniados ou referenciados para atender determinado procedimento, previsto no rol de procedimentos da ANS, a operadora deverá arcar com as despesas desse procedimento, além das despesas mencionadas no item 5.4 deste capítulo, se necessário for.

5.6. Caso seja comprovada, pelo médico assistente, a necessidade de transportar o beneficiário para uma unidade hospitalar diferenciada, devido à complexidade do caso, a contratada ficará obrigada a prestar atendimento no que tange ao deslocamento e acomodação em hospital especializado de sua rede credenciada, em âmbito nacional, de modo a atender às necessidades que o caso requer e mediante autorização prévia da auditoria médica da empresa contratada.

5.7. A Operadora deverá manter e, se possível, aumentar a quantidade da rede de atendimento contratada visando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

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

• **DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS E DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO**

5.9. A operadora deverá oferecer, no mínimo, as seguintes especialidades médicas e áreas de atuação, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina:

1. Acupuntura
2. Alergia e Imunologia
3. Anestesiologia

4. Angiologia
5. Cardiologia
6. Cirurgia cardiovascular
7. Cirurgia da mão
8. Cirurgia de cabeça e pescoço
9. Cirurgia do aparelho digestivo
10. Cirurgia geral
11. Cirurgia oncológica
12. Cirurgia pediátrica
13. Cirurgia plástica
14. Cirurgia torácica
15. Cirurgia vascular
16. Clínica médica
17. Coloproctologia
18. Dermatologia
19. Endocrinologia e metabologia
20. Endoscopia
21. Gastroenterologia
22. Genética médica
23. Geriatria
24. Ginecologia e Obstetrícia
25. Hematologia e hemoterapia
26. Homeopatia
27. Infectologia
28. Mastologia
29. Medicina de emergência
30. Medicina de família e comunidade
31. Medicina do trabalho
32. Medicina do trânsito
33. Medicina esportiva
34. Medicina física e reabilitação
35. Medicina intensiva
36. Medicina legal e perícia médica
37. Medicina nuclear
38. Medicina preventiva e social
39. Nefrologia
40. Neurocirurgia
41. Neurologia

42. Nutrologia
43. Oftalmologia
44. Oncologia clínica
45. Ortopedia e traumatologia
46. Otorrinolaringologia
47. Patologia
48. Patologia clínica/medicina laboratorial
49. Pediatria
50. Pneumologia
51. Psiquiatria
52. Radiologia e diagnóstico por imagem
53. Radioterapia
54. Reumatologia
55. Urologia

5.10. As consultas e tratamentos médicos serão realizados por livre escolha, dentre os consultórios, centros médicos e hospitais conveniados, cooperados ou referenciados, dentro da área de abrangência.

• **DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS E NÃO COBERTOS**

5.11. Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo PPAS são aqueles que constam do Rol de Procedimentos Médicos definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), devendo ainda ser observadas as seguintes exigências:

5.11.1. PARA A COBERTURA AMBULATORIAL

- **5.11.1.1.** cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, realizadas em consultório, ou clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- **5.11.1.2.** cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- **5.11.1.3.** cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;
- **5.11.1.4** cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- **5.11.1.5.** cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, previstas no rol de procedimentos da ANS.

5.11.2. PARA A COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

5.11.2.1. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

5.11.2.2. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

5.11.2.3. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

5.11.2.4. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

5.11.2.5. cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

5.11.2.5.1 Se a remoção for apenas por vontade da operadora, não é permitida a remoção do paciente, sendo obrigatória a sua manutenção até a alta hospitalar definida pelo médico.

5.11.2.6. cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

5.11.2.7. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto

medicação de manutenção.

5.11.2.8 cobertura de todos os procedimentos relativos ao pré-natal, parto e assistência ao parto, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

5.11.2.9 cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, em caso de urgência e emergência, e também em casos eletivos, desde que encaminhadas e acompanhadas por médico assistente.

5.11.2.9.1) A cobertura referida neste item englobará toda a despesa hospitalar, inclusive com o anestesista e o médico assistente.

5.11.2.10. cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, sem prejuízo das demais hipóteses previstas no contrato;

5.11.2.11. cobertura de cirurgia plástica reparadora, nos casos de deformidades congênicas ou adquiridas por doenças desfigurantes, ou ainda, em casos de lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica da doença, inclusive de traumatismo, provenientes de acidentes ou intervenções cirúrgicas solicitadas por médico assistente.

5.11.2.12. nos casos de transplante de rim ou córnea, serão cobertas as despesas com seus procedimentos vinculados, assim entendidos:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

5.11.2.12.1 o usuário-candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

5.11.2.13. cobertura para os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas conseqüências e para moléstias profissionais.

5.12. Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas do Plano Contratado:

a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

a.1) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; ou;

a. 2) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina -

CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- COF; ou

- a. 3) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12 da Lei n. 9656/98;
- g) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- h) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- i) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- k) fornecimentos de vacinas;
- l) exames admissionais, de mudança de função, de retorno ao trabalho e demissional;
- m) procedimentos de esterilização, exceto laqueadura, vasectomia e implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e não-hormonal;
- n) procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças - CID 10;
- o) procedimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição, que excedam o número de sessões estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, bem como aqueles procedimentos de fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição que não forem solicitados por médico assistente;
- p) procedimento de psicoterapia que excedam o número de sessões estabelecido no no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, bem como aqueles procedimentos de psicoterapia que não forem solicitados por médico assistente;

- q) tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- r) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- s) hidroginástica e reeducação postural geral (RPG);
- t) procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do território nacional, mesmo nos casos de urgência e emergência, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- u) serviços especiais, classificados como de plano de continuidade assistência, assistência funeral, auxílio desemprego e atendimento domiciliar de emergência (SOS);
- v) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma de cabelo; e
- w) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.
- z) tratamentos odontológicos, exceto cirurgia buco-maxilo-facial em conformidade com o rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento.

• **DOS USUÁRIOS**

5.13. São usuários do Plano, os servidores do Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso do Sul e seus respectivos dependentes.

a) Usuário TITULAR: Os servidores ativos e inativos, os servidores de outros Tribunais Eleitorais que optem pelo plano do TRE/MS, os detentores de cargos em comissão, os pensionistas, os membros titulares, o Procurador Regional Eleitoral titular e requisitados com função comissionada, bem como outros que vierem a ser fixados pela Resolução do Tribunal.

b) Usuário DEPENDENTE: Cônjuge ou companheiro(a); filhos e filhas, naturais ou adotivos e enteados, com idade inferior a 21 anos ou menores de 24, se estudante de graduação ou pós-graduação, menores sob guarda ou tutela, além de outros que vierem a ser fixados pela resolução do Tribunal.

b.1) Aos membros, ao Procurador Regional Eleitoral, aos requisitados com função comissionada, bem como aos pensionistas, é vedada a inclusão de dependentes.

• **DAS INCLUSÕES E DAS EXCLUSÕES**

5.14. O Tribunal encaminhará à Operadora, a lista do grupo inicial a ser inscrito no Plano, devendo a Operadora, no prazo de 10 (dez) dias úteis, encaminhar os respectivos documentos de identificação.

5.15. As inclusões serão encaminhadas pelo Tribunal à Operadora até o dia 20 (vinte) de cada mês, devendo a operadora encaminhar os documentos de identificação até o primeiro dia do mês subsequente ao pedido de inclusão.

5.16. Havendo contratação em separado de cobertura e serviços adicionais, caberá à operadora incluir os usuários naqueles serviços, concomitantemente à inclusão ao plano de saúde principal, desde de que a operadora preste o serviço na localidade onde reside o usuário.

5.17. A operadora deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, inclusive para inclusões, exclusões e manutenção dos beneficiários no plano.

5.18. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde definidos neste Termo de Referência.

5.18.1. O tribunal encaminhará o atestado de óbito do titular no prazo de 90 (noventa) dias da data do evento para a alteração da categoria dos usuários-dependentes para titulares, e serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo titular.

5.19. Os filhos recém nascidos de usuários titulares terão cobertura dentro do plano do titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, devendo ser inscritos no plano dentro deste prazo.

5.20. O filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, com idade inferior a 18 anos, deve ser inscrito no plano no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do evento.

5.21. Não haverá exclusão por doença e lesões pré-existentes.

5.22. As exclusões serão encaminhadas pelo Tribunal à Operadora até o dia 20 (vinte) de cada mês, devendo o tribunal devolver à operadora o documento de identificação, ou apresentar termo de compromisso pelo uso indevido do documento de identificação não devolvido.

• **DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E DOS SERVIÇOS**

5.23. Não será cobrada taxa de adesão para **inclusão** dos usuários ou para emissão de cartão de identificação, inclusive daqueles admitidos posteriormente à data da assinatura do contrato ou durante sua validade.

5.23.1. Em caso de perda ou extravio do cartão de identificação, o Tribunal comunicará imediatamente à operadora o ocorrido, responsabilizando-se, até a data da comunicação, pelo seu uso indevido, e poderá ser cobrado pela operadora o valor máximo de R\$ 20,00 (vinte reais) para emissão de 2ª via.

5.24. Findo ou rescindido o contrato, o Tribunal recolherá e encaminhará à operadora os documentos de identificação, caso válidos.

5.25. Os atendimentos serão realizados de forma a atender às necessidades dos usuários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta e cinco anos) de idade, gestantes, lactantes e crianças até 5 (cinco) anos.

• **DAS FAIXAS DE IDADE E QUANTIDADES DE USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS**

5.26. As variações das prestações em razão da idade do usuário, e a quantidade de usuários a serem inscritos no plano, seguem conforme tabela abaixo:

5.26.1. Admissão ao Plano **AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA:**

A) Quantitativo total de usuários distribuído por faixa etária:

PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRÍCIA	
FAIXA ETÁRIA	QTDE de Usuários
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos	236
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	44
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	7
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	23
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	58
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	77
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	114
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	100
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	66
De 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	106
Total de usuários	831

5.26.1.1. O valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).

5.26.1.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

5.26.2. Os valores máximos estimados para a contratação e constantes do Mapa Comparativo de Preços estão dispostos na tabela abaixo:

GRUPO 01: formado pelos itens 01 a 10

Item	Faixa etária	Qdade de usuários	Meses da contratação	Valor máximo por usuário	Valor máximo mensal por usuário	Valor máximo anual	Valor máximo 5 ANOS
01	De 0 a 18 anos	236	12	191,35	45.158,60	541.903,20	R\$ 2.709.516,00
02	De 19 a 23 anos	44	12	235,50	10.362,00	124.344,00	R\$ 621.720,00
03	De 24 a 28 anos	7	12	260,34	1.822,38	21.868,56	R\$ 109.342,80
04	De 29 a 33 anos	23	12	286,35	6.586,05	79.032,60	R\$ 395.163,00
05	De 34 a 38 anos	58	12	374,83	21.740,14	260.881,68	R\$ 1.304.408,40

06	De 39 a 43 anos	77	12	412,39	31.754,03	381.048,36	R\$ 1.905.241,80
07	De 44 a 48 anos	114	12	468,26	53.381,64	640.579,68	R\$ 3.202.898,40
08	De 49 a 53 anos	100	12	584,25	58.425,00	701.100,00	R\$ 3.505.500,00
09	De 54 a 58 anos	66	12	759,47	50.125,02	601.500,24	R\$ 3.007.501,20
10	De 59 anos ou mais	106	12	1.145,65	121.438,90	1.457.266,80	R\$ 7.286334,00
VALOR TOTAL MÁXIMO ANUAL ESTIMADO						4.809.525,12	
VALOR TOTAL MÁXIMO ESTIMADO - 5 ANOS							R\$ 24.047.625,60

5.26.2.1. Nos valores estimados indicados acima já estão computados os valores para contribuição previdenciária prevista em lei para as propostas apresentadas pelas cooperativas.

5.27. Em razão da idade do usuário, ou da condição de portadora de deficiência, ninguém poderá ser impedido de participar do plano de saúde.

• **DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA**

5.28. Em virtude do plano de assistência a saúde ser contratado pelo regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes superior a 30 (trinta), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos usuários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, bem como dos novos servidores, inscritos até 30 dias da data de admissão junto a este Tribunal, e de seus dependentes.

5.29. Os filhos recém nascidos, bem como o filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, menor de dezoito anos de idade, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular, desde que inscritos nos prazos estabelecidos nas cláusulas 5.19 e 5.20 deste Capítulo.

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

5.31. Será dispensado o cumprimento de carência pelo usuário titular que não tenha sido incluído nos prazos previstos neste termo, mas que, na vigência do contrato, venha a tomar posse em outro cargo do quadro deste Tribunal.

5.31.1. Será dispensado o cumprimento de carência também aos dependentes.

5.32. Caso seja necessária nova inclusão do usuário titular ou dependente no período de 30 (trinta) dias, após a data do pedido de exclusão, serão reaproveitadas as carências já cumpridas.

5.33. Os dependentes já inscritos que tiverem sua categoria alterada em virtude de morte do titular, desde que o tribunal solicite a alteração no prazo de 90 (noventa)

dias da data do atestado de óbito, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo titular.

5.34. Aos usuários que não aderirem automaticamente ao plano no ato da contratação, de acordo com a RN nº 195 da ANS e suas atualizações, ou nos prazos previstos neste Termo, poderão ser exigidos os seguintes períodos de carência:

- a) 24 h (vinte e quatro horas) para os casos de urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas, exames de rotina ou simples;
- c) prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, exceto partos a termo;
- d) prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

5.35. Os custos decorrentes de procedimentos realizados por usuário em período de carência, e autorizados pela operadora, serão de responsabilidade da operadora.

• **DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

5.36. A operadora poderá estabelecer relação de procedimentos, para os quais haverá a necessidade de autorização prévia da operadora, exceto em casos caracterizados como atendimento de urgência e emergência e os discriminados abaixo:

- a) Consultas;
- b) Análises clínicas (laboratoriais);
- c) Radiologia simples, com ou sem contraste;
- d) Eletrocardiograma;
- e) Tenometria;
- f) Colposcopia;
- g) Endoscopia;
- h) Fisioterapia

5.36.1. Para o usuário que estiver em outra localidade e desejar realizar procedimentos que necessitem de autorização da operadora, a unidade local integrante da rede referenciada deverá liberar o procedimento no prazo máximo de 24h.

5.37. O usuário deverá realizar todos os procedimentos cobertos pelo plano de assistência a saúde na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora, exceto para o atendimento de situações caracterizadas como de urgência ou emergência, em que, em virtude da emergência e/ou urgência, o atendimento não seja realizado pela rede de atendimento da operadora.

5.38. Será devido pelo usuário, a título de co-participação em consulta médica, valor que não deverá exceder 50% do valor de consulta fixado na tabela da operadora ou estabelecida na CBHPM.

5.38.1. Os valores referentes ao fator de co-participação serão informados pela contratada, que elaborará relatório descritivo, para fins de controle e serão descontados diretamente na folha de pagamento do usuário.

5.39. A operadora poderá estabelecer em contrato co-participação do usuário no custeio da internação decorrente de transtorno psiquiátrico, nos casos em que a internação ultrapasse os períodos definidos pela legislação.

5.39.1. Caso seja estabelecida co-participação conforme o item 5,39 os valores deverão ser cobrados pela operadora diretamente do usuário.

• DO REEMBOLSO

5.40. É garantido o reembolso total, tendo como base a tabela praticada pela operadora, de despesas efetuadas pelo consumidor em casos de urgência e emergência quando, por limitação de localização, não for possível a utilização dos serviços oferecidos pela operadora, sendo reembolsáveis somente as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento, respeitados os tipos de procedimentos autorizados pelo contrato.

5.40.1. Se o atendimento evoluir para internação hospitalar, o fato deverá ser comunicado à operadora, pelo Tribunal e/ou usuário, no prazo máximo de 48 h (quarenta e oito horas), contadas somente em dias úteis, para que seja feita a remoção pela operadora, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

5.40.1.1. A operadora se responsabilizará pelo reembolso total com base na tabela de preços contratada enquanto durar o atendimento de urgência ou emergência, inclusive aquele que evoluir para a internação hospitalar, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que seja necessário à preservação da vida, órgãos e funções.

5.41. É garantido o reembolso de procedimentos eletivos realizados em localidades onde a operadora não possua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, ou a especialidade médica desejada, tendo como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

5.42. O prazo máximo para apresentação do pedido de reembolso é de 90 (noventa) dias contados da data do evento, que gerou o atendimento.

5.43. Deverá ser entregue à operadora, juntamente com o pedido de reembolso, a seguinte documentação:

- a) Relatório do médico assistente;
- b) Conta hospitalar e relatório das despesas discriminadas com todos os procedimentos realizados e os respectivos honorários médicos;
- c) Notas Fiscais/Faturas e recibos dos serviços prestados.

• DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

5.44. A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

6. GESTÃO DO CONTRATO

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.3.1. A fiscalização, acompanhamento e a orientação relativa à prestação dos serviços ficarão a cargo de comissão formada por, no mínimo, 2 (dois) membros, servidores pertencentes ao quadro deste Tribunal.

6.3.2. O contato entre este Tribunal e a empresa contratada será mantido, prioritariamente, por intermédio da fiscalização.

6.4. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato, quando for o caso.

6.5. 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](#)), cabendo:

a) acompanhar a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições nele estabelecidas, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI](#));

b) Anotar 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 [Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II](#));

c) Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, a fiscalização emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, III](#));

d) Informar à administração, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem a competência da fiscalização, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV](#)).

e) No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato ou autoridade competente. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, V](#)).

f) Comunicar ao gestor do contrato ou autoridade competente, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VII](#)).

g) Verificar a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhar 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](#)).

h) Atuar tempestivamente na solução de problemas em caso de descumprimento das obrigações contratuais, reportando à administração para as providências cabíveis, quando ultrapassar a competência do fiscal; ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 23, IV](#)).

i) manter registro 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](#)).

j) Formalizar 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](#)).

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

- a) Requisitar a prestação dos serviços e/ou fornecimento, mediante Ofício ou Requisição de fornecimento;
- b) Exercer, em nome do Tribunal Regional Eleitoral, toda e qualquer ação de orientação geral, decidir sobre questões técnicas e burocráticas dos serviços, sem que isto implique em transferência de responsabilidade, a qual será única e exclusivamente de competência da contratada.
- c) Conferir e atestar a Nota Fiscal/Fatura emitida pela empresa contratada, encaminhando-a para pagamento;
- d) Outras atribuições pertinentes à contratação ou que lhe forem conferidas pela Administração.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

Recebimento do Objeto

7.1. Os serviços serão recebidos provisoriamente, de forma sumária, em até 3 (três) dias úteis, após a verificação do cumprimento das exigências de caráter técnico, mediante a entrega mensal pela Contratada de planilha, relatório ou outro documento eletrônico que discriminem os beneficiários, subdivididos em titulares e dependentes, os valores monetários correspondentes a cada um desses beneficiários, além das categorias de plano.

7.1.1. Atendidas as condições indicadas na cláusula 7.1 acima, será registrado o recebimento provisório mediante atestado no verso da Nota Fiscal, ou, em termo próprio.

7.1.1.1. O atestado de recebimento registrado em canhoto de nota fiscal, ou documento similar, não configura o recebimento definitivo do material.

7.2. O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento provisório, após a verificação dos documentos relacionados na cláusula 7.1:

- a) Nota Fiscal de Serviços Eletrônica ou Nota Fiscal Fatura ou, ainda, Recibo;
- b). relatório com quantitativos totais de beneficiários (titulares, dependentes, dependentes especiais e pensionistas) e respectivos valores correspondentes, subdividida em categorias de plano ou seguro privado de assistência à saúde, bem como, se houver, valores correspondentes ao subsídio mensal informado pelo CONTRATANTE.

7.2.1 Se, durante o recebimento provisório, constatar-se alguma irregularidade na execução do contrato, após a notificação por escrito à CONTRATADA, serão interrompidos os prazos de recebimento e suspenso o pagamento, até que seja sanada a situação.

7.3. 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.

7.4. O prazo para a solução, pelo contratado, de inconsistências na execução do objeto ou de saneamento da nota fiscal ou de instrumento de cobrança equivalente, verificadas pela Administração durante a análise prévia à liquidação de despesa, não será computado para os fins do recebimento definitivo.

7.5. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade pelos serviços nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

- **Da emissão da Nota de Empenho**

7.6. A Nota Fiscal/Fatura deverá ser emitida, preferencialmente, em meio eletrônico e conter a indicação dos serviços prestados, conforme a discriminação da Nota de Empenho, quantidade, e os preços unitário e total.

7.6.1. Para fins de atendimento a **IN/RBF 1.234, de 11/01/2012** (alterada pela IN/RBF nº 1.244/2012), a empresa deverá informar no documento fiscal os valores detalhados das contribuições federais a serem retidos na operação, exceto se a empresa for OPTANTE PELO SIMPLES.

7.6.2. Caso a operadora apresente Nota Fiscal, com dia certo para vencimento, esta deverá entregar à fiscalização a nota fiscal, no prazo mínimo de 20 (vinte) dias antes do vencimento da respectiva nota fiscal.

7.7. O procedimento de pagamento da Nota Fiscal só se efetivará após o Recebimento Definitivo e mediante a comprovação da existência de conta bancária válida e ativa em nome da empresa, além da regularidade fiscal (INSS/FGTS), trabalhista e manutenção das demais condições de habilitação exigidas no edital.

7.7.1 Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, 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 ao contratante.

7.8. Constatando-se 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.

7.8.1. A permanência da condição de irregularidade, sem a devida justificativa ou com justificativa não aceita pela Administração, pode culminar em rescisão contratual, sem prejuízo da apuração de responsabilidade e da aplicação de penalidades cabíveis, observado o contraditório e a ampla defesa.

7.8.2. 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.

7.9. É facultada a retenção dos créditos decorrente do contrato, até o limite dos prejuízos causado à Administração Pública e das multas aplicadas, nos termos do inciso IV do art. 139 da Lei nº 14.133, de 2021.

- **Prazo de Pagamento**

7.10. O pagamento será efetuado pelo sistema de PRÉ-PAGAMENTO, no prazo de até 07 (sete) dias úteis, contados do recebimento definitivo do objeto pela fiscalização, por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente válida e em nome da **pessoa jurídica vencedora do certame licitatório**.

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

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

7.12.1. 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.

a) Imposto de Renda, Contribuição Social Sobre Lucro Líquido-CSLL, COFINS e PIS/PASEP, nos termos da Lei 9.430/96, salvo opção da empresa pelo SIMPLES - Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e empresas de Pequeno Porte, hipótese em que o fornecedor deverá comprovar a Opção;

b) Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN, se este for devido.

7.13. 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.

7.14. Em caso de atraso no pagamento por parte do Tribunal, os valores a serem pagos serão atualizados, desde a data final do período de adimplemento de cada parcela até a data do efetivo pagamento, mediante a aplicação da seguinte fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde: EM = Encargos Moratórios; N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; VP = Valor da parcela em atraso; I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado: $i = \text{taxa percentual anual do valor de } 6\%, I = i / 365 \rightarrow I = (6/100) / 365$.

7.15. A ocorrência de atraso de pagamento por parte do Tribunal, por prazo superior a 2 (dois) meses assegurará à contratada o direito de optar pela suspensão dos serviços médicos prestados, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acordo entre as partes.

7.15.1. Em caso de internação hospitalar de usuários do plano de assistência à saúde, a operadora não poderá suspender a cobertura, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

- Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

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

8.2. A análise técnica das propostas, será realizada pelos integrantes da equipe responsável pelo planejamento da contratação (integrante da área demandante e/ou integrante técnico) e visa à verificação da conformidade dos serviços ofertados

pelas licitantes com as especificações indicadas neste Termo de Referência.

8.3. De modo a permitir a análise técnica, a licitante deverá indicar em sua **PROPOSTA DETALHADA os valores mensais e anuais do plano por usuário divididos por faixa etária.**

8.4. Caso a empresa não atenda a algum dos critérios definidos neste Termo de Referência, terá sua proposta recusada.

8.5. A ausência e/ou insuficiência de informações sobre o serviço/produto ofertado poderá importar a desclassificação da proposta.

8.6. Após esta análise preliminar, estando o serviço, em tese, de acordo com as especificações deste Termo de Referência, o Pregoeiro fará o aceite da proposta.

Exigências de habilitação

8.7. Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

a) CERTIDÃO CONJUNTA NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS A TRIBUTOS FEDERAIS E A DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, administrados pela Secretaria da Receita Federal, devidamente válida, **constando expressa a abrangência das contribuições sociais previstas nas alíneas “a” a “d” do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991;**

b) CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO FGTS (CRF), devidamente válida, emitida pela Caixa Econômica Federal, que comprove inexistência de débito perante o FGTS;

c) CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS (CNDT), devidamente válida, emitida pela Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho em observância ao disposto no art. 68, IV, da Lei 14.133/2021;

d) Declaração de que a empresa não utiliza menores de 18 (dezoito) anos para trabalho noturno, perigoso ou insalubre; nem menores de 16 (dezesesseis) anos para qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, em conformidade ao disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, em campo próprio do sistema;

e) **CERTIDÃO NEGATIVA DE FEITOS SOBRE FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL E RECUPERAÇÃO EXTRAJUDICIAL**, expedida pelo Distribuidor da sede da Pessoa Jurídica.

e.1) A apresentação de certidão positiva de feitos sobre recuperação judicial e extrajudicial não ensejará a imediata inabilitação do licitante. A empresa que se encontrar em recuperação judicial/extrajudicial deverá apresentar, juntamente com a certidão positiva, a comprovação de que seu plano de recuperação foi aprovado e homologado judicialmente, com a recuperação já deferida.

e.2) à certidão em que não constar prazo de validade, será atribuída validade de 90 (noventa) dias, contados da data de emissão;

f) **COMPROVAÇÃO DE REGISTRO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.**

f.1) **O registro da operadora na Agência Nacional de Saúde (alínea "f") será verificado pelo Pregoeiro, em consulta no sítio eletrônico da ANS (www.ans.gov.br);**

f.2) Na impossibilidade de verificação do registro da licitante no site da ANS, deverá a empresa encaminhar a referida documentação, após

convocação do Pregoeiro.

g) Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul.

h) Atestado(s) de capacidade técnica, emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando que o licitante prestou, a contento, serviços de assistência à saúde análogos ao objeto desta contratação, por meio de plano ou seguro privado, para, no mínimo, 415 (quatrocentos e quinze) beneficiários(as).

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1. O custo estimado total da contratação é de **R\$ 24.047.625,60 (vinte e quatro milhões, quarenta e sete mil, seiscentos e vinte e cinco reais e sessenta centavos)**, conforme mapa comparativo de preços.

9.2. A estimativa de custo levou em consideração o risco envolvido na contratação e sua alocação entre contratante e contratado, conforme especificado na matriz de risco constante do Contrato.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

10.2. A contratação será atendida pela seguinte dotação:

a) Gestão/Unidade: 14112 - TRE-MS;

b) Fonte de Recursos: **2004 - Assistência Médica e Odontológica aos Servidores e Dependentes;**

c) Programa de Trabalho: **02.331.0033.2004.0054;**

d) Elemento de Despesa: 3390.39.50;

e) Plano Interno: AMO.

11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

(dispostas no Termo de Contrato Administrativo)

12. DIREITOS E DEVERES DO TRE/MS

12.1. Requisitar a prestação dos serviços, na forma prevista neste Termo de Referência

12.2. Exigir do contratado o fiel cumprimento das obrigações decorrentes desta contratação.

12.3. Verificar a manutenção pelo contratado das condições de habilitação estabelecidas na licitação.

12.4. Aplicar penalidades ao contratado, por descumprimento contratual.

12.5. Efetuar o pagamento ao contratado, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidos neste Termo de Referência.

13. DOS DIREITOS E DAS OBRIGAÇÕES DO FORNECEDOR

13.1. Realizar a prestação do serviço decorrente desta contratação na forma e condições determinadas no Edital e neste Termo de Referência (Anexo I-A).

13.2. Manter, durante todo o prazo de execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na fase de habilitação da licitação.

13.3. Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, cível ou penal relacionada à prestação do serviço, sendo de inteira responsabilidade do contratado a contratação de funcionários necessários à perfeita execução do fornecimento.

13.4. Emitir as carteiras de identificação personalizadas aos usuários e fazer a entrega das mesmas ao Tribunal Eleitoral com no mínimo 10 (dez) dias úteis após o início da vigência do contrato.

13.5. Fornecer a relação de profissionais, clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços integrantes da sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, responsabilizando-se por apresentar a lista completa no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da assinatura do contrato.

13.6. Manter rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, conforme descrito neste Termo de Referência e, se possível, aumentá-la, visando à qualidade dos serviços a serem prestados.

13.7. Emitir Nota Fiscal com as devidas exclusões e inclusões informadas pelo Tribunal Eleitoral, sendo que, na impossibilidade destas serem realizadas na fatura do mês, deverão, OBRIGATORIAMENTE, ser compensadas na nota fiscal/fatura do mês subsequente.

13.8. Zelar pela qualidade dos serviços médicos prestados pela sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.

13.9. Comunicar ao Tribunal Eleitoral qualquer substituição de profissional ou estabelecimento integrante de sua rede de atendimento que porventura venha ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.

13.10. Disponibilizar ao Tribunal demonstrativo consolidado das despesas efetivadas, bem como das receitas arrecadadas. Deverá ainda encaminhar ao médico do Tribunal demonstrativo das despesas efetivadas, por grupo familiar, com a indicação do nome do procedimento, seguido da exposição de cada um dos custos desses serviços.

13.11. Receber os valores que lhe forem devidos pela prestação dos serviços, na forma disposta neste Termo de Referência.

13.12. Abster-se de praticar atos ilícitos, em especial os descritos no artigo 5º da Lei Federal nº 12.846, de 2013, bem como observar os princípios da legalidade, moralidade, probidade, lealdade, confidencialidade, transparência, eficiência e respeito aos valores preconizados no Código de Conduta Ética do TRE/MS (Resolução 690/2020).

13.13. Dar plena ciência do disposto na Resolução 665/2019, a qual dispõe sobre o procedimento de apuração de responsabilidade e aplicação de penalidades à pessoa física ou jurídica decorrentes de descumprimento de regras licitatórias e/ou obrigações contratuais no âmbito do TRE/MS.

13.14. Dar conhecimento, aos funcionários de seus respectivos quadros que participarão da execução contratual, sobre o Código de Conduta Ética do TRE/MS para ciência e responsabilidade em sua observância.

13.14.1. O mesmo se aplica à subcontratada (se for o caso).

13.15. Proteger informações confidenciais e privilegiadas, conforme regulamento próprio.

14. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. O TRE/MS mantém contrato de objeto semelhante ao desta contratação com a UNIMED CAMPO GRANDE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com sistema de pré-pagamento, do tipo coletivo empresarial. O demonstrativo de sinistralidade média do contrato vigente, no período de março/2022 a fevereiro/2023 (12 meses), está indicado, com caráter informativo no Apêndice II, deste Termo de Referência.

Campo Grande/MS, maio de 2023.

JOSÉ ILTON OLIVEIRA PAZ
Integrante Demandante e Técnico

GRAZIELA GONÇALVES SILVA
JURADO
Integrante Administrativo

Equipe de Planejamento da Contratação / TRE/MS

APÊNDICE I

Valores contratados pelo TRE/MS no período de agosto/2022 a julho/2023

(em Reais):

Faixa etária	Agosto/2022 a julho/2023
0 a 18 anos	166,39
19 a 23 anos	204,78
24 a 28 anos	226,38
29 a 33 anos	249,00
34 a 38 anos	325,94
39 a 43 anos	358,60
44 a 48 anos	407,18
49 a 53 anos	508,04
54 a 58 anos	660,41
59 anos ou mais	996,22

APÊNDICE II

Demonstrativo de Sinistralidade Média do Período de Março/2022 até Fevereiro/2023

Mês	Sinistralidade s/taxa de administração
03/2022	105,45%
04/2022	104,96%
05/2022	112,35%
06/2022	114,92%
07/2022	83,28%
08/2022	85,40%
09/2022	77,16%
10/2022	76,43%
11/2022	95,80%
12/2022	90,53%
01/2023	84,05%
02/2023	89,57%
MÉDIA	93,32%



Documento assinado eletronicamente por **GRAZIELA GONÇALVES SILVA JURADO**,
Chefe de Seção, em 19/06/2023, às 17:43, conforme art. 1º, III, "b", da Lei
11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [https://sei.tre-
ms.jus.br/sei/controlador_externo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.tre-ms.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) informando o código verificador
1457601 e o código CRC **1D0E4995**.



0000834-17.2023.6.12.8000

1457601v14