

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa de planos de saúde, seja operadora ou seguradora de benefícios, para prestação de serviços de Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em instalações próprias ou em rede credenciada composta por Hospitais Próprios e Credenciados, Clínicas, Consultórios Especializados, Laboratórios, e afins, para os servidores ativos, inativos e seus dependentes legais até 17 anos, 11 meses e 29 dias, bem como os agregados que já façam parte do contrato atual, conforme RN 195, e estagiários da DAE S/A Água e Esgoto, com plano básico com acomodação em enfermaria, produto livre escolha em consultórios de especialidades, atendimento de urgência e emergência nacional, sem coparticipação, com preço médio ponderado para todo e qualquer beneficiário, independente de idade.

1.2. A Empresa de Plano de Saúde deverá disponibilizar Médico Clínico para o Ambulatório da Contratante, 3 vezes por semana, 4 horas por dia.

1.3. O preço deverá ser unitário para todo e qualquer beneficiário, independente de idade.

2. JUSTIFICATIVA

A presente contratação justifica-se pela necessidade de manter a continuidade da prestação de serviços de assistência médica, ambulatorial, laboratorial e hospitalar com obstetrícia ao quadro de servidores da DAE S/A Água e Esgoto, e seus dependentes até 17 anos, 11 meses e 29 dias, conforme cláusula do Acordo Coletivo de Trabalho. A ação visa fornecer saúde preventiva e promover qualidade de vida aos servidores ativos, inativos e seus dependentes formais.

O serviço de assistência à saúde é um serviço contínuo que deve ser disponibilizado sem interrupção, para não comprometer a saúde dos beneficiários e incorrer em risco de vida.

A continuidade da prestação dos serviços de assistência médica dos aposentados é um direito reconhecido pela jurisprudência dos tribunais brasileiros. A Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, nos artigos 30 e 31, garante aos aposentados o mesmo tratamento de quando eram empregados ativos, não podendo haver diferenciação em seus planos de saúde.

Esta medida também visa a economicidade de recursos em termos de procedimentos de licitação e oferta de melhor preço por serviço. A futura contratação será feita conforme os moldes da operadora atual.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados servidores ativos:

- a) os servidores contratados pela da DAE S/A Água e Esgoto pelo regime CLT em atividade, efetivos ou temporários e também os em cargo de comissão;
- b) os servidores lotados no quadro especial da Unidade de Gestão de Administração e Gestão de Pessoas, - UGAGP (de acordo com a Lei Municipal n.º 5.308/99, que autoriza a criação da DAE S/A);



TERMO DE REFERÊNCIA

- c) os estagiários contratados de acordo com o que estabelece a Lei Federal nº 11.788 de 25/09/2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes;
- d) dos estagiários não serão incluídos os dependentes, apenas o titular contratado pela DAE S/A Água e Esgoto.

3.2. São considerados servidores inativos:

- a) os ex-servidores aposentados que no momento da concessão da aposentadoria possuíam vínculo com o Departamento de Águas e Esgotos, extinto em 31 de dezembro de 1.999, com a DAE S/A Água e Esgoto, e com a Prefeitura Municipal de Jundiaí - PMJ, lotados no quadro especial da Unidade de Gestão de Administração e Gestão de Pessoas, - UGAGP, de acordo com a Lei Municipal n.º 5.308/99;
- b) os ex-servidores que adquirirem a condição de aposentados por idade ou tempo de serviço em atividade enquanto empregado da DAE S/A Água e Esgoto.

3.3. São considerados dependentes:

- a) o cônjuge com Certidão de Casamento civil ou companheiro (a) com Escritura Pública de União Estável;
- b) filhos menores de até 17 anos, 11 meses e 29 dias, natural ou adotivo, solteiros, ainda que o beneficiário titular não seja o detentor da guarda e sim seu cônjuge; e estudantes, com comprovação de matrícula em instituição de ensino reconhecida pelo MEC, e, se universitários, menores de 24 anos, solteiros, com comprovação de matrícula em curso superior, desde que comprovada a dependência financeira e que o dependente não tenha emprego com carteira assinada;
 - b.1)** a condição de filho estudante universitário será considerada a qualquer momento antes de completada a idade limite;
- c) menores com termo de guarda provisória ou definitiva, tutelados e enteados até 17 anos, 11 meses e 29 dias, desde que comprovada a dependência financeira;
- d) os incapazes cuja guarda provisória ou definitiva for atribuída por decisão judicial ao beneficiário titular ou cônjuge;
- e) os filhos inválidos de qualquer idade, desde que comprovada a deficiência por laudo oficial;
- f) os assim declarados pelo órgão da previdência oficial (INSS e IPREJUN) desde que tenha havido para tanto, declaração formal e que seja comprovada a dependência financeira;

3.4. Os servidores contratados após a data de início do contrato decorrente desta licitação, terão os mesmos direitos aos serviços contratados, conforme as normas internas da contratante.

3.5. Os dependentes que adquirirem tal condição após a inclusão do servidor no plano de saúde, seja por casamento, nascimento, adoção, guarda ou reconhecimento de paternidade,



TERMO DE REFERÊNCIA

terão prazo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos, sem custo adicional para a contratante.

3.6. O filho dependente que perder a condição de dependência financeira, por assinar contrato de trabalho, por casamento, ou por atingir a idade limite, será excluído do plano de saúde, bem como os dependentes que perderam o direito à permanência por maioridade, divórcio, término de união estável, a menos que tenha havido determinação judicial pela continuidade do benefício, será excluído, sem direito a continuidade.

3.7. A adesão do grupo familiar depende obrigatoriamente da participação do beneficiário titular no plano de saúde.

4. DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

4.1. Deverão ser disponibilizados todas as especialidades e atendimentos na cidade de Jundiaí-SP, e nas circunvizinhas da Aglomeração Urbana de Jundiaí-SP: Campo Limpo Paulista, Cabreúva, Itatiba, Itupeva, Jarinu, Várzea Paulista e Vinhedo, Estado de São Paulo, e emergência e urgência em todo o território Nacional.

ATIVOS			INATIVOS	
CIDADE (Estado de São Paulo)	TITULAR	DEPENDENTES	TITULAR	DEPENDENTES
CABREUVA - SP	2	2	3	3
CAMPO LIMPO PAULISTA - SP	17	20	10	11
ITATIBA - SP	2	3	2	2
ITUPEVA - SP	8	6	5	2
JARINU - SP	7	12	2	2
JUNDIAI - SP	485	539	200	159
VARZEA PAULISTA - SP	53	78	37	39
VINHEDO - SP	3	6	0	0
TOTAL	577	666	259	218
TOTAL GERAL			1720	

4.2. Os demais beneficiários ativos (titulares e dependentes) e inativos (titulares e dependentes), que residem em outras localidades aqui não elencadas, conforme tabela abaixo, deverão ter atendimento regular nos locais listados no item 4.1.

ATIVOS			INATIVOS	
OUTRAS LOCALIDADES	TITULAR	DEPENDENTES	TITULAR	DEPENDENTES
	45	37	11	10
TOTAL	45	37	11	10
TOTAL GERAL			103	



TERMO DE REFERÊNCIA

4.3. Segue quadro considerando os 1.823 segurados atuais, e com uma estimativa de contratação de 34 novos servidores e suas famílias, elevando o número de vidas em 5,76%, para 1.925 segurados.

4.4. Total de vidas geral: 1.925

5. PLANOS

5.1. Plano-referência básico de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional nas principais capitais do País, sem coparticipação, com padrão de internação em enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, com cobertura das doenças listadas no ROL de Procedimentos da ANS e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

5.1.1. Não poderá haver direcionamento contratual de rede credenciada para a rede própria, a não ser quando se fizer necessário, justificado por médico assistente e comprovada a necessidade da remoção por falta de condições e/ou procedimentos no local /clínica ou hospital, que se encontrar o beneficiário.

5.1.2. Os quantitativos dos servidores e dependentes estão distribuídos de acordo com as faixas etárias, da seguinte forma (dados atualizados até 31/05/2024):

ATIVOS				
IDADE	TITULAR		DEPENDENTE	
	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
0 -18	0	0	147	175
19 - 23	29	29	19	14
24 - 28	9	10	2	13
29 - 33	33	18	5	22
34 -38	45	35	10	33
39 - 43	54	28	14	37
44 - 48	67	22	8	52
49 - 53	63	17	14	37
54 -58	55	14	3	35
59 - 100	85	10	8	57
TOTAL	440	183	230	475
TOTAL GERAL			1328	



TERMO DE REFERÊNCIA

INATIVOS				
IDADE	TITULAR		DEPENDENTE	
	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	FEMININO
0 -18	0	0	8	5
19 - 23	0	0	3	1
24 - 28	0	0	0	0
29 - 33	0	0	0	0
34 -38	0	0	1	0
39 - 43	2	0	0	2
44 - 48	0	0	0	5
49 - 53	1	0	1	7
54 -58	4	3	1	11
59 - 100	236	25	6	173
TOTAL	243	28	20	204
TOTAL GERAL			495	

QUADRO RESUMO	
IDADE	VIDAS
0 -18	335
19 - 23	95
24 - 28	34
29 - 33	78
34 -38	124
39 - 43	137
44 - 48	154
49 - 53	140
54 -58	126
59 - 100	600
TOTAL GERAL	1823

5.1.2.1. As quantidades podem variar de acordo com o tempo decorrido da feitura deste termo de referência até a contratação da empresa vencedora, bem como durante o prazo de vigência do contrato futuro.

5.1.3. A partir dos quantitativos e faixas etárias, deverá ser elaborado preço linear para beneficiários titulares e dependentes, sem variação de preço por faixa etária.



5.2. OPÇÕES DE PLANOS

5.2.2. Opções de Plano: indicação detalhada de, no mínimo, 2 (dois) planos de atendimento e respectivos custos, sendo:

- a) um, intermediário, com padrão de conforto, direitos, vantagens e benefícios superiores ao já estabelecido no item 5.1, opcional;
- b) um, superior, com padrão de conforto, direitos, vantagens e benefícios superiores ao estabelecido na alínea anterior (a), opcional.

5.2.3. A responsabilidade pelo pagamento da diferença de custo existente entre o plano contratado pela DAE S/A (item 5.1) e os planos de atendimento opcional, tanto para o titular como para os seus dependentes, será do beneficiário titular optante.

5.2.4. A opção poderá ser confirmada, introduzida ou cancelada, a cada período do contrato (inicial e aditamento, se houver), sem carência, e sem a exclusão de doenças pré-existentes, conforme descrito no item 6 deste termo de referência. Na ocasião de mudança de plano, não poderá haver exclusão de dependente participante do plano anterior, pois a contratação será para todo o agrupamento familiar.

5.2.5. A diferença de custo entre o plano contratado e o opcional deverá ser paga:

5.2.5.1. diretamente pelos beneficiários indicados nos itens 3.1."b" e 3.2. à contratada (servidores lotados no quadro especial da Unidade de Gestão de Administração e Gestão de Pessoas, - UGAGP e inativos, respectivamente).

5.2.5.2. mediante desconto em folha de pagamento DAE S/A, para os beneficiários indicados no item 3.1."a" deste termo de referência (servidores contratados pela DAE S/A em regime CLT). O valor do desconto em folha será repassado à Ordem de Compra do contrato, para que faça parte dos recursos para pagamento das obrigações com a contratada.

5.2.6. Para os estagiários, indicados no item 3.1.c deste termo de referência, não haverá possibilidade de escolha de opção de plano, nem de desconto do padrão.

5.2.7. Com relação aos planos opcionais, estima-se que um número semelhante de segurados atual fará adesão, conforme segue:

USUÁRIOS COM DIFERENÇAS PAGAS NA FATURA, COM DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO	
Plano Opcional	Quantitativo
Intermediário (item 5.2.1 "a")	119
Superior (item 5.2.1 "b")	283



USUÁRIOS COM DIFERENÇAS QUE SERÃO PAGAS DIRETAMENTE À CONTRATADA		
Plano Opcional	Ativos	Inativos
Intermediário (item 5.2.1 "a")	16	21
Superior (item 5.2.1 "b")	59	169

5.2.7.1. As quantidades acima poderão variar, de acordo com o tempo decorrido da feitura deste termo de referência até a contratação da empresa vencedora, bem como durante o prazo de vigência do contrato futuro.

5.2.8. A opção por um dos planos se dará a cada 12 meses a partir da data de assinatura do contrato.

6. ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Plano-referência básico de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, sem coparticipação, com padrão de internação em enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, com cobertura das doenças listadas no ROL de Procedimentos da ANS e aqueles que venham a ser incluídos, e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

6.2. Não poderá haver direcionamento contratual de rede credenciada para a rede própria, a não ser quando se fizer necessário, justificado por médico assistente e comprovada a necessidade da remoção por falta de condições e/ou procedimentos no local /clínica ou hospital, que se encontrar o beneficiário.

6.3. **As coberturas de que trata este item são consideradas mínimas** pela Lei nº 9.656/98, devendo estar garantidos todos os procedimentos necessários à completa elucidação e acompanhamento do caso.

6.4. A contratada deverá oferecer programas de prevenção e monitoramento de doentes crônicos, no mínimo, em pelo menos 5 (cinco) dos relacionados abaixo:

- a) Diabetes
- b) Hipertensão arterial
- c) Obesidade
- d) Depressão
- e) Nutrição
- f) Tabagismo
- g) Dor crônica
- h) Gestantes e planejamento familiar



- i) Fibromialgia
- j) AIDS – soropositivo
- k) Programa de Idosos

6.5. Não poderão ser excluídas em nenhuma hipótese as seguintes coberturas:

6.5.2. doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde - OMS;

6.5.3. procedimentos constantes no Rol de Procedimentos da ANS e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independentemente da causa;

6.5.4. próteses e lentes nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico;

6.5.5. cirurgia plástica reparadora (artigo 10-A, da Lei nº 9.656/98);

6.5.6. os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

7. EXAMES E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT):

7.1. A contratada deverá disponibilizar, no mínimo, 2 Hospitais (podendo ser próprio e/ou credenciado), particulares, 2 (dois) laboratórios de análises clínicas e de 2 (duas) Clínicas de exames de imagem, na cidade de Jundiaí – SP. E atendimento em Laboratórios a nível Nacional, nos casos de urgências e emergências médicas.

7.1.2. Os hospitais poderão ser credenciados até a assinatura do contrato, devendo a Contratada no momento da licitação entregar declaração informando que disponibilizará os hospitais no quantitativo indicado no item 7.1.

7.2. Diagnóstico Laboratorial, todos os qualificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde): Laboratório de patologia clínica (próprio ou credenciado) e anátomo patológico;

7.3. Diagnóstico por Imagem, todos os qualificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: Completo Serviço de Diagnósticos por imagem (próprio ou credenciado), a saber:

7.3.2. Exames radiológicos, radioscópicos, mamografia digital, tomografia computadorizada, ultrassonografia, neurorradiologia, angiografia digital, coronariografia, radiologia intervencionista, ressonância nuclear magnética, densitometria óssea, cintilografia, flebografia, arteriografia, angiofluoresceinografia, tomomielografia, mielografia;

7.3.3. Medicina Nuclear Diagnóstica e Terapêutica, todos os qualificados no Rol de



TERMO DE REFERÊNCIA

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: radioterapia, cobaltoterapia, mapeamento ósseo, mapeamento tireoidiano, PET-SCAN, radioiodoterapia, cintilografia e outros;

7.4. Completo Serviço de Fisioterapia e Fisiatria (próprio ou credenciado) todos os que constarem no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS: fisioterapia motora geral, respiratória (intra e extra hospitalar – quanto indicada) pós-operatória, pós-trauma de manutenção e convalescença tardia, reeducação postural global – RPG, hidroterapia, estas duas últimas com indicação de profissional habilitado e solicitação em impresso próprio da contratada;

7.5. Completo Serviço de Hemodiálise (próprio ou credenciado) e nefrologia: Hemodiálise, Diálise Peritoneal Automatizada, Shunt Arteriovenoso;

7.6. Completo Serviço de Diagnóstico e Tratamento Cardiológico (não qualificado anteriormente): eletrocardiograma (inclusive com stress farmacológico), teste ergométrico, angioplastia, cateterismo, imunocintilografia, implante de stent, angiografia coronária, ecocardiograma (inclusive ecocardiograma bidimensional com doppler), inclusive infantil, holter 24 h, mapa;

7.7. Completo Serviço de videoscopia (próprio ou credenciado): fibronasolaringoscopia, laringoscopia, endoscopia digestiva alta, inclusive com pesquisa da bactéria H. Pilory, teste uréase por sopro, com pesquisa da bactéria H. Pilory, broncoscopia, broncofibroscopia, videolaparoscopia geral diagnóstica e terapêutica, procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico- diagnóstica ambulatorial, colonoscopia, retosigmoidoscopia, uretroscopia, uretrocistografia; videoendoscopia ginecológica diagnóstica e terapêutica;

7.8. Completo Serviço Oftalmológico Diagnóstico e Terapêutico (próprio ou credenciado): acuidade visual; campimetria computadorizada, refração, tonometria, ortóptica, retinografia, mapeamento de retina, capsulotomia yag laser, fotocoagulação a laser, fundoscopia, injeção intravítrea, cirurgia de catarata, cirurgia refrativa para grau igual ou maior que 7 (de miopia não estética), OCT (Tomografia de Coerência Óptica), paquimetria ultrassônica, mapeamento de retina, microscopia especular da córnea, retinografia, campimetria computadorizada, ultrassonografia ocular, angiofluorescência, biometria óptica (IOL Master), topografia corneana, tonometria de aplanção, acuidade visual a laser, teste ortóptico, teste de Teller, CTD (curva tensional diária), transplante de córnea, anel de Ferrara, trabeculoplastia a laser, fotocoagulação a laser;

7.9. Completo serviço otorrinolaringológico Diagnóstico e Terapêutico (próprio ou credenciado) não qualificado anteriormente: audiometria tonal e vocal, eletrococleografia, polissonografia, otoneurológico, impedanciometria, BERA, PAC, entre outros;

7.10. Completo serviço diagnóstico e terapêutico de atendimento aos pacientes com neoplasias malignas (câncer), ou benignas, em hospitais ou clínicas de acompanhamento especializado, disponibilizando profissionais devidamente capacitados para atender e acompanhar todos os procedimentos relativos à patologia em questão, e cobertura de todos



TERMO DE REFERÊNCIA

os exames necessários ao total esclarecimento, acompanhamento e reabilitação do beneficiário, na cidade de Jundiaí-SP.

7.11. Diagnóstico e terapêutica não qualificados anteriormente: prova de função pulmonar, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, quimioterapia oral, venosa ou de qualquer outra forma, inaloterapia, hemoterapia, estudo urodinâmico, cardiocografia, fluxometria, artroscopia, litotripsia, nucleoplastia discal, tratamento hiperbárico (conforme DUT vigente), colposcopia, fototerapia, homeopatia, acupuntura e quaisquer outras terapias minimamente invasivas

8. OUTRAS COBERTURAS

8.1. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/98, e suas modificações.

8.2. A participação do profissional médico anestesiológico 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.

8.3. Deverá haver cobertura para toda e qualquer intercorrência fora de sua área de ação, a nível nacional, nos casos de urgência e emergência dos beneficiários da contratante, assegurando o atendimento até seu mais completo restabelecimento e retorno.

8.4. Os serviços eletivos prestados a que se refere este item deverão ser realizados em serviços próprios ou credenciados, preferencialmente no município de Jundiaí – SP ou nas suas regiões limítrofes, conforme previsto na ANS. No caso de serviços realizados por terceirizados credenciados pela contratada, esta deverá se responsabilizar pela qualificação técnico-profissional do serviço e apresentar contrato com data vigente à época, conforme o caso.

8.5. Deverá ainda estar assegurada a realização de outros exames e tratamentos, mesmo que não detalhados nesse termo de referência, nos itens 7.1. a 7.9., necessários à completa elucidação diagnóstica, prognóstica e terapêutica do caso, conforme minimamente preconiza a Lei nº 9.656/98, com suas alterações e regulamentações.

8.6. Deverá ainda estar assegurada a realização de todos exames e tratamentos, mesmo que não detalhados neste termo de referência, solicitados por especialista integrante do corpo clínico da contratada, desde que sejam cobertos no Rol de Procedimentos da ANS, e necessários à completa elucidação diagnóstica, detalhamento prognóstico e conduta terapêutica do caso. Não sendo aceitos procedimentos que não sejam cobertos ou em pesquisa médica e não reconhecidos pelos órgãos legais.

8.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:



8.7.2. hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD;

8.7.3. quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, desde que inclusos no ROL de Procedimentos da ANS;

8.7.4. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Anexo I da RN nº 465/2021, para a segmentação ambulatorial;

8.7.5. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial listados nos Anexos da RN nº 465/2021;

8.7.6. hemoterapia ambulatorial; e

8.7.7. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos da ANS.

8.8. Cobertura de transplantes listados nos Anexos da RN nº 465/2021, e dos procedimentos a eles vinculados, respeitando o SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES (SNT), órgão central do Ministério da Saúde que regulamenta e monitora o processo de doação realizado no País e a sua listagem, incluindo:

8.8.2. as despesas assistenciais com doadores vivos;

8.8.3. os medicamentos utilizados durante a internação;

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

8.8.5. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

8.9. Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, desde que credenciados de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

8.10. Estão garantidas as coberturas das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656/98, exceto as hipóteses listadas no Artigo 10 da Lei nº 9656/98.



TERMO DE REFERÊNCIA

8.11. Cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva da mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme artigo 10 - A da Lei nº 9.656/98.

8.12. Cobertura dos transplantes de rins e córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e das despesas decorrentes.

8.13. Toda cobertura definida para a gestante, com os procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, sem limite de quantidade.

8.14. Outras coberturas aqui não listadas, mas que estejam previstas na RN nº 465/2021.

8.15. Cabe à contratada, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, conforme artigo 10 - B da Lei nº 9.656/98.

9. PRONTO SOCORRO

9.1. Atendimento de emergência e urgência adulto, em hospital ou unidade de saúde próprio ou credenciado, na cidade de Jundiaí – SP, com atendimento 24 horas ininterrupto, realizado por profissionais socorristas devidamente capacitados.

9.2. Atendimento de emergência e urgência infantil, em hospital ou unidade de saúde próprio ou credenciado, na cidade de Jundiaí – SP, com atendimento 24 horas ininterrupto, realizado por pediatras devidamente capacitados.

9.3. Atendimento em qualquer especialidade médica que se fizer necessária, constante no Rol de Procedimentos da ANS, a qualquer hora do dia ou da noite, em hospital ou unidade de saúde próprio ou credenciado, para ambos os casos indicados nos itens 9.1 e 9.2.

9.4. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte (ida e retorno) do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no artigo 3º da RN 259/211.

9.5. No caso de urgências e emergências a nível nacional, fora da área de Jundiaí ou limítrofes, os beneficiários deverão ser atendidos em todos os estados do País, em rede similar, cujo atendimento será liberado pela contratada.

10. INTERNAÇÕES

10.1. A contratada deverá manter credenciados, durante a vigência contratual, no mínimo, 2 (dois) hospitais na cidade de Jundiaí - SP, particular, para atendimento médico ambulatorial e de emergência, sem prejuízo dos outros locais mencionados no item 4.1.



TERMO DE REFERÊNCIA

10.2. Assistência hospitalar completa, com internação, em quarto coletivo (enfermaria) ou apartamento (para os optantes dos planos diferenciados) e internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, sem nenhum ônus para o beneficiário, titular e dependente, pelo tempo que se fizer necessário à recuperação do paciente, em todos os casos da medicina, inclusive para doenças infectocontagiosas, em serviço próprio ou credenciado. Na falta de leitos na unidade referenciada, a contratada deverá providenciar vaga em outro hospital de mesmo porte na mesma localidade ou município limítrofe.

10.3. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, centro cirúrgico, incluindo-se os materiais utilizados, alimentação, (inclusive do acompanhante de que trata o item 10.7.), ou qualquer outra taxa.

10.4. Quando houver necessidade de atendimento ou internação em outra unidade hospitalar, laboratorial ou clínica, própria ou credenciada, esta deverá ser indicada pela Operadora de Saúde contratada, e o ônus do procedimento será de responsabilidade desta.

10.5. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte dos beneficiários até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, de acordo com a RN nº 259/2011 - ANS.

10.6. Fornecimento pela contratada de todos os medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, transfusão de sangue, soro, órteses e próteses e seus acessórios, e exames necessários durante o período de internação hospitalar, a urgência, a emergência ou ao ato cirúrgico, e tudo o mais que for necessário para o tratamento e para a plena recuperação do paciente, entre eles a lente nacionalizada para cirurgia de catarata, pinos e placas de titânio para as cirurgias ortopédicas, estes citados apenas como exemplos, não se excluindo, assim, outros materiais e procedimentos necessários.

10.7. Cobertura de um acompanhante para crianças com até 18 anos, quando não internadas na UTI ou berçário, e para os maiores de 60 (sessenta) anos, quando não internados na UTI, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, incluindo alimentação.

10.8. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

10.8.2. Deverão estar garantidas as coberturas referentes a todos os procedimentos necessários para portadores de transtornos psiquiátricos, bem como para os portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocado por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que requeiram suporte, desde que apresentem um CID válido e que sejam previstos na RN nº 465/2021.



TERMO DE REFERÊNCIA

10.8.3. Cobertura de tratamento/acompanhamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente, previsto no Anexo I da RN nº 465/2021, com DUT.

10.8.4. Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas (RN nº 465/2021, artigo 10, parágrafo 1º.

11. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – PÓS-VENDAS

Atendimento individualizado, presencial ou remoto, realizado por profissional pertencente ao quadro de funcionários da contratada, tendo como objetivo a facilitação da relação entre os beneficiários da contratante e a contratada e seus credenciados, dentro da jornada de trabalho do respectivo profissional. Na impossibilidade de comparecimento do profissional titular, a contratada deverá, obrigatoriamente, substituí-lo, nos mesmos horários cumpridos pelo titular.

12. OPÇÕES DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO

12.1. Nas cidades elencadas no item 4.1. (Campo Limpo Paulista, Cabreúva, Itatiba, Itupeva, Jarinu, Jundiaí, Várzea Paulista, Vinhedo) ou em cidades limítrofes, para atendimento de consultas, exames, terapias e atendimento, de urgência e emergência em todo território nacional.

12.2. Os serviços de fisioterapia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, deverão ser disponibilizados em rede própria e/ou rede credenciada para os beneficiários sem nenhum custo, na cidade de Jundiaí-SP.

12.3. Deverá estar assegurada a opções de escolha para serviços de: oftalmologia, acupuntura, nutrição sendo para isso necessária a contratação ou credenciamento de **pelo menos 2 (duas) clínicas com tais atendimentos.**

12.4. Os médicos especialistas de consultórios deverão ter título de especialização, para zelar pela qualidade de atendimento aos beneficiários da contratada.

12.5. Em caso de viagens e necessidade de atendimento de urgências e emergências fora de Jundiaí e região, o beneficiário deverá ser atendido por rede similar em todo o território nacional nos casos de urgência e emergência.

13. PRAZOS MÁXIMOS

13.1. Os prazos máximos de atendimento para consultas, procedimentos, exames e internações deverão ser os que estabelece a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para todo e qualquer procedimento, (consulta, exame, internação e outros).

13.2. O atendimento a urgência e emergência dos segurados do plano de saúde anterior



deverão ser imediatos, a contar da assinatura do contrato, mediante apresentação de declaração de segurado.

13.3. A migração do banco de dados cadastrais deverá ocorrer em **até 5 (cinco) dias úteis após a assinatura do contrato após o envio do lay out com todos os dados dos beneficiários obrigatórios pela ANS.**

14. RELAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES MÉDICAS/HOSPITALARES

14.1. Quando os recursos necessários ao devido tratamento forem de exclusividade do poder público e houver necessidade de sua utilização por parte do beneficiário, o mesmo somente deverá ocorrer com o conhecimento da contratante, ainda que “a posteriori”, quando a urgência assim justificar, limitado, neste caso, a 05 (cinco) dias ininterruptos para a comunicação, contados da data da ocorrência.

14.2. Excluídas as possibilidades indicadas no item 14.1, não será permitida a utilização de instituição de saúde mantida pelo poder público, para atendimento ambulatorial ou de internação, ainda que realizada em instalações (alas) destinadas para pacientes conveniados.

14.3. Excepcionalmente, por falta de leitos disponíveis nas instalações do hospital próprio ou credenciado, a internação poderá ocorrer em outros hospitais privados, inclusive em UTI e CTI, com o devido conhecimento e concordância da contratante.

14.4. Todos os casos omissos neste termo de referência serão obrigatoriamente analisados pela Gerência de Recursos Humanos e Seção de Administração de Benefícios da contratante, que poderá valer-se do conhecimento de profissional técnico, na qualidade de ouvidor, tendo este o poder de interpelação junto aos prestadores de serviços médicos, na função de fiscal em nome da contratante, ficando, de qualquer modo, assegurado ao beneficiário, titular e dependente, o que estabelece a Lei nº 9.656/98, com suas alterações e regulamentações (referente aos planos e seguros privados de assistência à saúde), e, ainda, outras normas que sejam editadas futuramente e que tratem do assunto.

14.5. **Os médicos especialistas de consultórios deverão ter no mínimo 5 anos na função e deverão ter título de especialização, para zelar pela qualidade de atendimento aos beneficiários da contratada.**

14.6. **Em caso de viagens e necessidade de atendimento de urgências e emergências fora de Jundiaí e região, o beneficiário deverá ser atendido por rede similar.**

15. INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

15.1. A prestação dos serviços contratados será considerada a partir da data da assinatura do contrato e pelo prazo de **24 (vinte e quatro) meses**, sem período de carência para todo e qualquer procedimento, bem como sem a exclusão de doença pré-existente, prorrogável até o limite permitido por lei, se houver interesse por parte da contratante,



TERMO DE REFERÊNCIA

inclusive para os beneficiários incluídos e cadastrados durante o transcorrer e vigência do contrato decorrente da presente licitação.

15.2. Tratamentos em curso: deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião. No caso de beneficiários em tratamento prolongado, se estiverem em recursos médicos ou hospitalares que não sejam cobertos pela nova contratada, deverão ser redirecionados aos centros de atendimento especializados com a cobertura do novo plano.

15.3. O recebimento do objeto deste termo de referência se dará em vários momentos, durante a execução do contrato e será medido mensalmente, de acordo com a quantidade de beneficiários segurados, de acordo com sua escolha de plano.

15.4. A contratante disponibilizará planilha contendo os dados obrigatórios pela ANS para cadastramento dos beneficiários, como: nome, número de matrícula, data de nascimento, situação (titular, dependente), CPF, nome da mãe dos beneficiários, endereço, número do cartão do SUS e endereço, na ocasião da assinatura do contrato, para que seja agilizado o cadastramento dos mesmos na nova operadora contratada, sendo que o início da prestação de serviços deverá se dar imediatamente e a migração dos beneficiários para a nova operadora, deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis da assinatura do contrato.

15.5. A contratada deverá dispor de equipe especializada para oferecer todo o suporte inclusive na implantação e, posteriormente, na manutenção e gerenciamento do contrato, oferecendo um canal de comunicação contínuo durante a vigência do contrato.

16. OUTRAS PROVIDÊNCIAS

16.1. Para os procedimentos que exigem autorização prévia, a contratada deverá informar qual é a rotina a ser seguida pelos beneficiários, informando de antemão os protocolos, prazos e procedimentos a serem seguidos.

16.2. A remoção do segurado por ambulância credenciada da contratada só será feita quando comprovadamente necessária, entre estabelecimentos hospitalares e clínicas, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.

16.3. Os planos opcionais (item 5.2) dos beneficiários só poderão ser suspensos após 60 dias de inadimplência, nos casos em que o pagamento é feito diretamente pelo beneficiário (item 5.2.4.1), sendo nesse caso mantido o plano enfermagem contratado pela DAE S/A, para os mesmos.

16.4. Os beneficiários titulares e dependentes só poderão ser excluídos após solicitação da contratada.

16.5. A mudança de situação Ativo para Inativo será informada pela contratante a tempo de serem feitas as modificações necessárias pela contratada.



TERMO DE REFERÊNCIA

16.6. A contratada será responsável por informar aos beneficiários os meios de divulgação da rede credenciada e dos prestadores de serviço, que pode ser impresso, ou digital. A contratada deverá fornecer um 01(um) manual de orientação para os usuários de todos os procedimentos inerentes a realização de consultas, exames de diagnóstico, tratamentos, internações eletivas e de emergência e relação de credenciados, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, que deverá também ser disponibilizado em meio físico para atender aos segurados com dificuldade de acesso ao formato digital, quando solicitado pelo beneficiário.

16.7. A contratada deve disponibilizar um telefone sem cobrança de ligação de central de atendimento ao cliente para sanar dúvidas e fornecer outras informações, além do profissional mencionado no item 11.1.

16.8. A contratada fornecerá aos beneficiários cartão de identificação pessoal e intransferível onde deverá constar o nome do beneficiário, data de nascimento, data de validade, nome do plano e identificação da operadora, sem custo. O cartão a que se refere este item pode ser físico, de plástico duro, ou por meio digital de fácil acesso ao usuário ou APP.

16.9. A emissão de novo cartão de identificação, quando da perda ou dano, não terá custo para o beneficiário ou para a contratante.

16.10. Os cartões de identificação serão emitidos a partir de dados enviados pela contratante em planilha Excel (xls) ou equivalente, com as informações solicitadas pela contratada no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a partir da assinatura do contrato, e entregues na sede da contratante, para distribuição dos mesmos ou disponibilizados digitalmente ou por APP.

16.11. A contratada deverá providenciar integração, por meio de palestra ou similar, apresentada por funcionário próprio, para os beneficiários na ocasião da entrega dos cartões de identificação, com orientações sobre a utilização do plano de saúde.

16.12. A contratante informará, por meio eletrônico (e-mail), toda inclusão ou exclusão de beneficiários, acompanhada da documentação comprobatória ou cópia da mesma, para que sejam tomadas as providências no sistema da contratada, para exclusão ou início de atendimento.

16.13. Sempre que alterações significativas ocorrerem, em seus quadros (próprios ou credenciados), através do credenciamento ou descredenciamento de profissionais, clínicas ou laboratórios, as mesmas deverão ser informadas à Gerência de Recursos Humanos e Seção de Administração de Benefícios da contratante, em tempo hábil para divulgação.

16.14. A contratada assegurará as mesmas condições do contrato decorrente desta licitação aos beneficiários dependentes do servidor ativo e inativo (beneficiário titular) que, por falecimento, for excluído do convênio, pelo período de 12 meses, a partir da data da



TERMO DE REFERÊNCIA

exclusão, desde que o pagamento equivalente seja assumido pelos interessados e, a partir do 13º mês, de comum acordo entre a contratada e o beneficiário.

16.15. A contratada assegurará as mesmas condições do contrato decorrente desta licitação ao servidor (beneficiário titular) desligado da DAE S/A sem justa causa, por demissão, exoneração ou destituído do cargo em comissão, e a seus dependentes e aos seus agregados, pelo período de 12 meses, a partir da data do desligamento, desde que o pagamento equivalente seja assumido pelos interessados e, a partir do 13º mês, de comum acordo entre a contratada e o beneficiário.

16.16. É de responsabilidade dos beneficiários titulares solicitar formalmente à Seção de Administração de Benefícios a inclusão de dependente apresentando a documentação solicitada.

16.17. Da mesma forma, é de responsabilidade do beneficiário titular informar a Seção de Administração de Benefícios sobre a exclusão de seus dependentes, formalizando o pedido de próprio punho, justificando-se e apresentando a documentação quando solicitada.

16.18. No caso de beneficiários em licença sem remuneração será devidamente solicitada pela contratante a suspensão da cobertura assistencial ao beneficiário e seus dependentes, nos termos do artigo 7º da RN nº 195/2009.

16.19. Deverão ser mantidos todos os segurados cadastrados no plano de saúde vigente até o último dia imediatamente anterior ao início de nova operadora, quando do final do contrato.

16.20. A contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias no decorrer do contrato até 25% de seu valor inicial ajustado, de acordo com o artigo 81 da Lei 13.303/2016.

16.21. A contratada deverá proporcionar, durante toda a vigência do contrato, credenciamento em todas as especialidades médicas e serviços de diagnósticos/tratamento compatíveis com a amplitude e abrangência do plano de saúde, mantendo, no mínimo, as condições apresentadas na ocasião da homologação.

17. RELATÓRIOS MENSAIS

17.1. A contratada fornecerá, mensalmente, os seguintes relatórios:

17.1.2. Relatório Operacional em formato digital (xls e txt) com a movimentação cadastral, inclusão e exclusão, número de titulares e dependentes, e número de dias cobertos pelo plano de saúde, a ser entregue com antecedência, por meio eletrônico (e-mail), para que haja tempo suficiente para a conferência da contratante. Somente após a validação do relatório pela contratante deverá ser emitida a Nota Fiscal mensal;

17.1.3. Relatório Estatístico de utilização dos serviços discriminados por grupo familiar e



TERMO DE REFERÊNCIA

por tipo de evento (consulta, exame, internação, etc.), respeitando-se a lei de dados (LGPD)

17.1.4. Relatório de Gestão de Riscos com indicadores comumente aceitos para a utilização dos serviços e os desvios apresentados, análise dos graus de risco da população ativa e cadastrada, e quais ações serão desenvolvidas para minimizá-los.

17.1.5. Relatório do número de beneficiários relacionados por faixa etária e sexo.

17.2. Serão encaminhados à gestora do contrato, mensalmente, os seguintes relatórios de sinistralidade:

17.2.2. Ranking com os 20 maiores utilizadores, com especificação dos custos médicos e de internação, idade, de cada um.

17.2.3. Número de beneficiários em internação hospitalar.

17.2.4. Número de beneficiários em internação domiciliar.

17.2.5. Beneficiários acompanhados por programa preventivo da contratada (obesidade, tabagismo e outros).

17.2.6. O encaminhamento deve ser feito de forma eletrônica, através de arquivo digital (xls e txt) enviado por e-mail, a ser entregue aos cuidados do Chefe da Seção de Administração de Benefícios da DAE S/A.

17.2.7. A identidade dos segurados mencionados nos relatórios deve ser respeitada de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados, lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, sendo que somente os dados que não sejam passíveis de identificação devem ser revelados.

18. REAJUSTE E REEQUILÍBRIO

18.1. Os preços contratados serão atualizados a cada 12 (doze) meses contados da assinatura do contrato, utilizando-se como limite máximo o INPC e na periodicidade definida em lei. Para tanto a empresa deverá protocolar o pedido para análise dos órgãos técnicos da DAE S/A.

18.2. A contratada poderá solicitar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, que onere ou desonere excessivamente as obrigações pactuadas no instrumento contratual ou ocorrência de índice de sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento) nos últimos 12 (doze) meses. O pedido deverá ser protocolado junto à contratante e será analisado pela área competente da contratante. Este reajuste só poderá ser considerado após decorridos 12 (doze) meses do início do contrato ou do mês do último reajuste.

18.3. Neste caso, incumbirá à contratada a demonstração do cálculo da sinistralidade e da memória de cálculo com os respectivos documentos comprobatórios como pré-requisito para a revisão do preço.



TERMO DE REFERÊNCIA

18.4. A contratada, quando for o caso, deverá formular à contratante requerimento para a revisão do contrato, comprovando a ocorrência de fato imprevisível ou previsível, porém com consequências incalculáveis, que tenha onerado excessivamente as obrigações contraídas por ela.

18.5. Junto com o requerimento, a contratada deverá apresentar relatório e documentação evidenciando o quanto o aumento de preços ocorrido repercute no valor total pactuado.

18.6. Os efeitos financeiros do reequilíbrio contratual serão devidos a contar da assinatura do termo aditivo ou apostilamento, ou seja, após análise e aprovação dos valores pela contratante.

18.7. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

18.8. O percentual de reajuste será único para todos os segurados.

18.9. Os valores das mensalidades/tabelas de preços para as novas inclusões serão reajustados na mesma data e no índice de reajuste previsto neste item, independente da data de inclusão.

19. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

19.1. O pagamento será mensal, a contratada emitirá Nota Fiscal pelo serviço prestado, com faturamento mensal, a ser conferido pela seção gestora do contrato previamente, inclusive com toda movimentação de inclusão e exclusão de beneficiários, titular e dependente, realizada entre os dias 01 e 30 de cada mês.

19.1.2. O pagamento dos beneficiários, titular e dependente, incluídos ou excluídos entre os dias 01 e 30 de cada mês será feito proporcionalmente aos dias de serviços prestados, tomando-se por base o custo mensal, por beneficiário, em vigor no mês da movimentação.

19.1.3. As movimentações realizadas dentro do mês, terão a data de corte todo dia 27, para efeito de faturamento para o vencimento até o 10 dia útil do mês subsequente. As movimentações realizadas após esta data, serão incluídas na fatura do segundo mês subsequente, retroativamente.

19.2. O pagamento somente será efetuado:

19.2.2. até o 10º dia útil do mês subsequente ao vencido, contado a partir da data de recebimento da Nota Fiscal pela contratante (não será considerado dia útil: sábado, domingo, feriados ou pontos facultativos) e após aprovado o relatório mensal de controle.

19.2.3. mediante a apresentação de cópia da Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (ou positiva com efeitos de



TERMO DE REFERÊNCIA

negativa), trimestral e Certificado de Regularidade do empregador mensal.

19.2.4. mediante apresentação de cópia de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), a cada 180 dias.

19.2.5. mediante apresentação de cópias devidamente autenticadas das guias de recolhimento do INSS e do FGTS do mês anterior e dos relatórios SEFIP onde constem, obrigatoriamente, os nomes do(s) empregado(s) da contratada que prestaram serviços nas instalações da contratante, indicado(s) no item 11 deste termo de referência.

19.2.6. mediante a apresentação de comprovante de recolhimento de contribuição previdenciária do mês anterior ou de cópia de contrato de prestação de serviços, com cláusula que afaste expressamente a responsabilidade da contratante pela referida contribuição para o(s) profissional(is) indicado(s) no item 11 deste termo de referência.

19.2.7. A cada pagamento ao fornecedor a Administração realizará consulta aos sítios eletrônicos para verificar a manutenção das condições de habilitação, observadas as seguintes condições:

- a)** constatando-se a situação de irregularidade do fornecedor contratado, deve-se providenciar a sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, o fornecedor regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa;
- b)** o prazo do inciso anterior poderá ser prorrogado uma vez por igual período, a critério da contratante;
- c)** persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão dos contratos em execução, nos autos dos processos administrativos correspondentes, assegurada à contratada a ampla defesa;
- d)** havendo a efetiva prestação de serviços ou o fornecimento dos bens, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão contratual, caso o fornecedor não regularize sua situação; e
- e)** somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade do órgão contratante, não será rescindido o contrato em execução.

20. DA AVALIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

As avaliações serão mensais e levarão em conta os seguintes pontos:

- a)** Serviço de assistência médica aos servidores e seus dependentes em quantidade e qualidade ótima de atendimento. Caso haja comprovação de que as quantidades ou a qualidade do



TERMO DE REFERÊNCIA

serviço não esteja sendo fiel às especificações deste termo de referência, será dado à contratada prazo para solução do problema, de 5 (cinco) dias úteis, que poderão ser prorrogados por igual período com as devidas justificativas, após os quais incidirá penalização à contratada.

- b)** Marcação de consultas não poderão ser feitas com mais de 30 dias da solicitação. Os prazos da ANS devem ser respeitados, sendo que se houver comprovação de marcação de consultas em prazo maior que os determinados, será dado à contratada prazo para solução do problema, de no máximo 5 (cinco) dias úteis, após os quais incidirá penalização à contratada.
- c)** Exames deverão ser agendados e realizados dentro dos prazos previstos pela ANS. Em caso de comprovação do não respeito a estes prazos, será dado à contratada prazo para solução do problema, de no máximo 5 (cinco) dias úteis, após os quais incidirá penalização à contratada.
- d)** Os relatórios de segurados de que trata o item 17.1.1, caso contenha erros, estes deverão ser corrigidos antes da emissão da nota fiscal ou fatura, ou o pagamento será suspenso até a correção do problema e emissão de nova nota fiscal ou fatura.
- e)** O não cumprimento de algum item deste termo de referência também incidirá penalização à contratada nos termos do contrato decorrente desta licitação.
- f)** Caso haja problemas com 3 avaliações seguidas (ou não), e os problemas não forem sanados dentro dos prazos estabelecidos pela contratante, será aplicada sanção de acordo com o estabelecido no Art. 83 da Lei Federal nº 13.303/2016, que dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

