



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL
SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA
Diretoria de Administração
Coordenação-Geral de Pessoal, Administração e Finanças
Coordenação de Gestão de Pessoas
Divisão de Cadastro e Folha de Pagamento
Serviço Médico

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 17/2021-SAMS/DCAF/CGP/COGAF/DIRAD

TERMO DE REFERÊNCIA

PLANO DE SAÚDE MÉDICO/AMBULATORIAL/HOSPITALAR/ODONTOLÓGICO

1. OBJETO

1.1. Contratação de operadora de plano de assistência à saúde complementar dos servidores ativos, inativos (aposentados), bem como para seus dependentes legais e pensionistas da SUDAM, para prestação de serviços continuados assistenciais à saúde divididos em 1 (um) lote com 2 (dois) itens para a assistência médica, ambulatorial e hospitalar e com mais 1 (um) item abrangendo a assistência odontológica, conforme abaixo:

LOTE	ITENS	DESCRIÇÃO	BENEFICIÁRIOS
1	1	Plano A - Assistência médica ambulatorial e hospitalar , fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação, laboratorial, de exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente dentro do país, inclusive com cobertura para doenças e lesões pré-existentes e/ou crônicas, internações, com abrangência no município de Belém/PA e sua região metropolitana em acomodação coletiva (Enfermaria) com atendimento nacional para casos de urgência e emergência, nos termos da Lei nº 9.656/1998. Observando-se as disposições da Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017, da Secretaria de Gestão Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e o disposto na Lei nº 8.666/1993.	297
	2	Plano B - Assistência médica ambulatorial e hospitalar , fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação, laboratorial, de exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente dentro do país, inclusive com cobertura para doenças e lesões pré-existentes e/ou crônicas, internações, com abrangência no município de Belém/PA e sua região metropolitana em acomodação individual (Apartamento) com atendimento nacional para casos de urgência e emergência, nos termos da Lei nº 9.656/1998. Observando-se as disposições da Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017, da Secretaria de Gestão Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e o disposto na Lei nº 8.666/1993.	

ITEM	DESCRIÇÃO	BENEFICIÁRIOS
3	Plano C - Assistência odontológica ambulatorial com abrangência no município de Belém/PA e sua região metropolitana e assistência odontológica emergencial com atendimentos nacional, contratados por preço unitário, nos termos da Lei nº 9.656/1998. Observando-se as disposições da Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017, da Secretaria de Gestão Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e o disposto na Lei nº 8.666/1993.	297

2. JUSTIFICATIVA

2.1. A assistência à saúde é um serviço a ser contratado e oferecido a todos os servidores ativos e inativos (aposentados), assim como dependentes e pensionistas, com o objetivo de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, conforme previsibilidade no Art. 230 da Lei nº 8.112/1990.

2.2. A assistência suplementar à saúde de servidor público federal e de seus familiares está regulamentada pelo Governo Federal na Portaria Normativa Nº 1/2017, do MPOG, que delibera sobre diferentes modalidades assistenciais, inclusive sobre a possibilidade de contratação de empresa operadora de saúde para o fornecimento de plano de saúde privado e também na Portaria Normativa Nº 6, de 23 de outubro de 2012 que Institui as Diretrizes em Saúde Bucal para a Promoção da Saúde do Servidor Público Federal.

2.3. Destaca-se que os valores limites da participação da União para as despesas com saúde suplementar dos servidores públicos federais consta disciplinada na Portaria Nº 8, de 13 de janeiro de 2016 do MPOG.

2.4. Desta forma é necessária e justificada a celebração de contrato administrativo com empresa operadora de saúde especializada no fornecimento de plano de saúde coletivo.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1. Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

3.2. Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

3.3. Lei Complementar Nº 027, de 19 de outubro de 1995 do Governo do Estado do Pará.

3.4. Lei Nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

- 3.5. Lei Nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.
- 3.6. Lei Nº 10.520, de 17 de julho de 2002.
- 3.7. Resolução Normativa - RN Nº 63, de 22 de dezembro de 2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 3.8. Lei Nº 11.302, de 10 de maio de 2006.
- 3.9. Resolução Normativa - RN Nº 162, de 17 de outubro de 2007 e suas alterações.
- 3.10. Resolução Normativa - RN Nº 195, de 14 de Julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 3.11. Resolução Normativa - RN Nº 259, de 17 de Junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, alterada pela Resolução Normativa - RN - nº 268, de 1º de setembro de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 3.12. Resolução Normativa - RN Nº 262, de 1 de agosto de 2011 da ANS, alterada pela Resolução Normativa - RN Nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 3.13. Portaria Normativa Nº 6, de 23 de outubro de 2012, da Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 3.14. Portaria Normativa Nº 3, de 25 de março de 2013, da Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 3.15. Resolução CFO Nº 161, de 02 de outubro de 2015, do Conselho Federal de Odontologia.
- 3.16. Portaria Nº 8, de 13 de janeiro de 2016, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.
- 3.17. Resolução Normativa - RN Nº 395, de 14 de Janeiro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 3.18. Portaria Normativa Nº 1, de 9 de março de 2017, da Secretaria de Gestão Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.
- 3.19. Instrução Normativa - IN Nº 5, de 26 de maio de 2017, da Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 3.20. Resolução CFM Nº 2.221, de 23 de novembro de 2018, do Conselho Federal de Medicina.

4. DOS PLANOS A SEREM CONTRATADOS

- 4.1. Objetivando maior competitividade no certame licitatório e também a realidade mercadológica do serviço de saúde privada na cidade de Belém que conta tanto com empresas especializadas somente na oferta de assistência médica/ambulatorial/hospitalar, quanto com empresas especializadas na oferta somente de assistência odontológica, além de empresas especializadas na oferta de ambos os serviços, é que esta licitação contará com 1 (um) lote com 2 (dois) itens para a assistência médica, ambulatorial e hospitalar e com mais 1 (um) item abrangendo a assistência odontológica:
 - 4.1.1. contratação de plano de saúde para assistência médica, ambulatorial e hospitalar nas acomodações enfermagem e apartamento.
 - 4.1.2. contratação de plano para assistência odontológica.
- 4.2. Esta contratação visa proporcionar assistência suplementar à saúde do servidor, conforme previsto no art. 230 da Lei Nº 8.112/1990 e no art. 10 da Portaria Normativa Nº 06/2012, através da contratação pública de:
 - 4.2.1. Em seu lote 1, itens 1 e 2, **Plano de assistência à saúde**, com cobertura no município de Belém/PA e sua região metropolitana (definida através da Lei Complementar Nº 027/1995 do Governo do Estado do Pará), com atendimento de urgência e emergência em nível nacional e
 - 4.2.2. Em seu item 3, **Plano de assistência à saúde odontológica**, com cobertura no município de Belém/PA e sua região metropolitana (definida através da Lei Complementar Nº 027/1995, do Governo do Estado do Pará), com atendimento de urgência e emergência em nível nacional.

5. DO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE DA SUDAM

- 5.1. Nos termos da Portaria Normativa Nº 01/2017, são beneficiários do plano de assistência à saúde da Sudam:
 - I - na qualidade de servidor, os inativos (aposentados) e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações;
 - II - na qualidade de dependente do servidor:
 - a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
 - b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
 - d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
 - f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.
 - III - o pensionista de servidor.
- 5.2. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II acima exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" do mesmo inciso.
- 5.3. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo (aposentado), conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado pela SUDAM desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelo próprio servidor, observados os mesmos valores per capita por ele

contratados e na modalidade de pagamento diretamente para a operadora de saúde contratada, conforme os procedimentos adotados pela mesma.

5.4. Equipara-se ao servidor, referido no inciso I acima, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública Federal direta ou de uma de suas autarquias e fundações.

5.5. É garantido ao servidor exonerado a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

5.6. Após o falecimento do servidor os dependentes referidos no inciso II acima poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata Termo de Referência, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto a SUDAM.

5.6.1. Caberá a SUDAM comunicar o falecimento do servidor à operadora de plano de saúde na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em contrato.

5.6.2. A SUDAM deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência no plano, de forma inequívoca.

5.6.3. A opção de que trata o item 5.6 deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o item 5.6.1 acima.

5.6.4. O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma constante no item 5.6, deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

5.7. Somente o servidor da SUDAM, ativo ou inativo (aposentado), poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes;

6. DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. Os serviços objeto do presente Termo podem ser classificados como comuns, nos termos da Lei 10.520/2002, isto é, apresentam padrões de desempenho e qualidade objetivamente definidos, com especificações usuais no mercado. Reforça essa condição o fato de parte considerável das coberturas e procedimentos aqui previstos ser objeto de regulação comum para todos os potenciais concorrentes pela ANS. Ademais, a qualidade, a medida e as especificações de tais serviços são objeto de corriqueiras transações no mercado, inexistindo singularidade no presente objeto. Por fim, os padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente verificados neste Termo, que os estabelece em diversos itens, de modo geral, e no item 15, de modo particular;

6.2. Os planos oferecidos aos beneficiários da SUDAM deverão ser caracterizados como planos privados coletivos empresariais, que ofereçam cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional;

6.3. No lote 1 os planos a serem contratados deverão possuir as seguintes categorias e modalidades:

6.3.1. Plano de Referência, na modalidade de acomodação em enfermaria;

6.3.2. Plano de Referência, na modalidade de acomodação em apartamento individual;

6.4. É permitido à operadora oferecer outros Planos Superiores de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e as regras estabelecidas neste instrumento, sendo a adesão facultativa aos servidores da SUDAM.

6.5. As informações referentes ao plano de saúde contratado tais como cobertura obrigatória atualizada, prazos de atendimento, carências entre outras poderão ser consultada no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: [http:// www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor](http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor).

7. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS

7.1. Para o lote 01 da licitação:

7.1.1. a operadora de saúde deverá oferecer e garantir aos beneficiários titulares e aos seus dependentes regularmente inscritos no plano de assistência à saúde, no mínimo, a cobertura para todos os itens constantes na última edição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Artigo 24 da Resolução Normativa Nº 428/2017, da ANS).

7.1.2. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

7.1.3. A operadora de saúde cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS, assim como na Resolução Normativa Nº 428/2017, da ANS e alterações posteriores;

7.1.4. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

7.1.4.1. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

7.1.4.2. apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

7.1.4.1. atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

7.1.5. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

7.1.5.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

7.1.5.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

7.1.5.3. diária de internação hospitalar;

7.1.5.4. despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

7.1.5.5. exames complementares indispensáveis para 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;

- 7.1.5.6. taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- 7.1.5.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), maior de 60 (sessenta) anos ou beneficiário portador de deficiência física que necessite de acompanhante, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 7.1.5.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- 7.1.5.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 7.1.5.10. órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 7.1.5.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- 7.1.5.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 7.1.5.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- 7.1.5.14. cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - 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;
- 7.1.5.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;
- 7.1.5.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora;
- 7.1.6. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.
- 7.1.7. O plano de saúde a ser contratado deverá ofertar entre seus serviços Programa de Qualidade de Vida aos beneficiários, nos moldes das previsões legais dispostas na Portaria Normativa Nº 03/2013.

7.2. Para o item 3 da licitação:

- 7.2.1. A operadora de saúde deverá oferecer e garantir aos beneficiários titulares e aos seus dependentes regularmente inscritos no plano de assistência à saúde odontológica, no mínimo, a cobertura para todos os itens constantes na última edição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Artigo 24 da Resolução Normativa Nº 428/2017, da ANS), inclusive os constantes no Anexo 1A deste Termo de Referência.
- 7.2.2. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.
- 7.2.3. A Operadora de saúde deverá comunicar em linguagem clara e acessível, preferencialmente por escrito, aos beneficiários e ao contratante do plano odontológico, as alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde.
- 7.2.4. A cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
- 7.2.5. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos (artigo 24 da RN nº 428/2017 da ANS).
- 7.2.6. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS serão cobertos pelo plano odontológico.
- 7.2.7. A utilização de medicamentos de uso odontológico, materiais dentários e anestésicos com propriedades biologicamente favoráveis e que apresentem bom desempenho clínico a longo prazo, atestados por elevados padrões de qualidade.
- 7.2.8. O atendimento das especificações e atualizações técnicas de indicação profissional e que tenham datas de validade em vigência, de forma a permitir a excelência no atendimento.
- 7.2.9. A utilização de instrumentais e equipamentos odontológicos que ofereçam o perfeito desempenho dos tratamentos realizados, bem como a proteção, na forma da legislação pertinente, da radiação emitida pelo uso de aparelhos de raios x e outros radio ionizantes, à equipe profissional, bem como aos beneficiários.
- 7.2.10. A realização de programas anuais de promoção à saúde bucal e prevenção de doenças, inclusive nas dependências da SUDAM, relativos às principais patologias odontológicas atendidas.
- 7.2.11. A operadora de saúde deverá apresentar à Contratante o planejamento semestral das ações e programas de promoção à saúde bucal e prevenção de doenças.
- 7.2.12. O beneficiário poderá ser atendido, em caráter de urgência/emergência, em qualquer lugar do território nacional.

8. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 8.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação (Redação dada pela RN nº 262, de 01/08/2011, alterada pela RN nº 428/2017):

8.1.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, nas Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

8.1.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

b) é considerado experimental pelos Conselhos Federais de Medicina - CFM e de Odontologia - CFO;

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

8.1.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

8.1.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

8.1.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

8.1.1.5. inseminação artificial;

8.1.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

8.1.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

8.1.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

8.1.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvados os casos em que a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, nos quais deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656/1998.

8.1.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

8.1.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

8.1.1.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

8.1.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

8.1.1.14. aplicação de vacinas preventivas;

8.1.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

8.1.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

8.1.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

8.1.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

8.1.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

9. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

9.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal, de complicações no processo da gestação e/ou situação clínica ou cirúrgica, médica ou odontológica, sem risco de morte iminente, mas que, se não for tratada, pode evoluir para complicações mais graves, sendo necessário o encaminhamento para pronto atendimento médico-hospitalar.

9.1.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

9.1.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

9.1.3.1. O plano em sua cobertura ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento.

9.1.4. Caberá a operadora de saúde o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente em cumprimento de carência contratual para uma unidade do Sistema Único de Saúde-SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

10. DO REEMBOLSO

10.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

10.1.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados dentro da área geográfica abrangida pelo plano de saúde contratado, ao beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano sempre que:

10.1.1.1. o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

10.1.1.2. se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

10.1.1.3. houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

10.1.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

10.1.2.1. conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

- 10.1.2.2. recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - 10.1.2.3. relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - 10.1.2.4. laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 10.1.3. Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

10.1.4. Caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora de saúde contratada deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte para as situações previstas na Resolução Normativa - RN N° 259/2011 da ANS, alterada pela Resolução Normativa - RN N° 268/2011 da ANS.

10.1.5. Os trâmites de reembolso se darão através de contato direto entre o beneficiário e a operadora de saúde contratada, conforme as rotinas estabelecidas pela operadora de saúde, sendo obrigatório à operadora de saúde contratada a comunicação para a SUDAM de todas as solicitações efetuadas.

11. DA REMOÇÃO

11.1. Para o lote 1 da licitação:

11.1.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano contratado;

11.1.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

11.1.3. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

11.1.4. A operadora de saúde deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

11.1.5. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no contrato por ocasião de sua adesão ao plano de saúde, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

12. DA INCLUSÃO, CARÊNCIAS E EXCLUSÃO

12.1. Da inclusão para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

12.1.1. Poderão inscrever-se no plano de assistência à saúde suplementar, os beneficiários de que trata e na forma do item 5.1.

12.1.2. Caberá à Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP da SUDAM a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor ativo, inativo (aposentado) e pensionista e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo (aposentado).

12.1.3. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o/a pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do/a servidor/a, nos termos da Resolução Normativa N° 195/2009, da ANS.

12.1.4. É assegurada a inclusão:

12.1.4.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo (aposentado), isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

12.1.4.2. do filho adotivo, nas mesmas condições do filho biológico previstas no item 5 deste Termo de Referência, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo (aposentado), adotante.

12.1.5. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário no plano de assistência à saúde suplementar;

12.1.6. Caberá à Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP da SUDAM encaminhar em todas situações as solicitações dos beneficiários habilitados para a efetivação de inscrição junto à operadora contratada.

12.1.7. A comunicação, realizada pela SUDAM, de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

12.2. Da carência para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

12.2.1. Não deverá ser imposta carência aos beneficiários que aderirem ao Plano nos primeiros 30 (trinta) dias da Contratação dos serviços.

12.2.2. Os beneficiários terão direito ao atendimento nos casos resultantes de acidentes pessoais, ocorridos comprovadamente a partir da 0 hora (zero hora), do dia subsequente à data de sua inclusão.

12.2.3. O ingresso no plano de saúde contratado pela SUDAM de beneficiários em tratamento médico já iniciado, incluídos àqueles em internação hospitalar ou com doenças e/ou lesões preexistentes, ocorrerá sem o cumprimento de carência, conforme o disposto na Resolução Normativa N° 195/2009, da ANS.

12.2.4. O período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários, incluídos posteriormente no Plano, dos serviços contratados será:

- a) 0 (zero) hora para acidentes pessoais;
- b) 24 (vinte e quatro) horas para emergência e complicações no processo gestacional;
- c) 30 (trinta) dias para consultas;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para exames, internações, transplantes, implantes, psicoterapia de crise e cirurgias;
- e) 300 (trezentos) dias para partos;
- f) 24 (vinte e quatro) meses para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), para tratamento de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), conforme as condições estabelecidas na Resolução Normativa - RN N° 162, de 17 de outubro de 2007, da

ANS.

12.2.5. É isento de carência o servidor recém-empossado, ocupante de cargo efetivo ou em comissão, bem como seus dependentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a SUDAM, nos termos do art. 6º da Resolução Normativa Nº 195/2009, da ANS.

12.3. Da exclusão para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

12.3.1. Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pela Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP da SUDAM, que os devolverão à operadora.

12.3.2. A exclusão do beneficiário titular do plano de saúde implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

12.3.3. A exclusão do servidor/beneficiário titular do plano de assistência à saúde suplementar dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, em consonância com a Norma do PROAS da SUDAM vigente.

12.3.4. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112/1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302/2006, em consonância com a Norma do PROAS da SUDAM vigente.

12.3.5. Independentemente da situação prevista neste item, a exclusão do servidor/beneficiário do plano de saúde dar-se-á também por fraude ou inadimplência, em consonância com a Norma do PROAS da SUDAM vigente.

12.3.6. O beneficiário titular poderá solicitar à Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP da SUDAM sua exclusão ou a de seus dependentes do contrato do plano odontológico, a qualquer tempo. A SUDAM deverá notificar a operadora de saúde contratada que ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

12.3.7. A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora de saúde contratada.

12.3.8. A operadora de saúde contratada deverá comunicar à Contratante quais beneficiários foram excluídos do plano, até o 3º dia do mês seguinte à exclusão.

12.3.9. É garantido aos servidores exonerados a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com a SUDAM, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

13. DA QUALIFICAÇÃO EXIGIDA DA OPERADORA DE SAÚDE

13.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

13.1.1. A operadora de plano de assistência à saúde suplementar, para celebrar contrato com a SUDAM, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, deverá:

13.1.1.1. Possuir e apresentar registro de inscrição e autorização para funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme o regramento estabelecido na Lei 9656, de 03 de junho de 1998 e alterações posteriores.

13.1.1.2. Apresentar declaração de que possuirá cobertura para atendimento em rede própria e/ou credenciada, através de recursos próprios e/ou número de credenciados suficiente para atender estimativa de beneficiários prevista no item 28 deste Termo de Referência.

14. DOS CRITÉRIOS DE ADJUDICAÇÃO

14.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento em sistema eletrônico próprio.

14.2. A proposta deverá conter:

14.2.1. Descrição sucinta do objeto:

Para o lote 1: Contratação de operadora de plano de assistência à saúde suplementar, para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente dentro do País, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes e/ou crônicas, internações, com abrangência em Belém do Pará e sua região metropolitana, e com atendimentos nacional para casos de urgência e emergência, para os servidores ativos, inativos (aposentados), bem como para os dependentes legais e pensionistas da SUDAM, em conformidade com o Termo de Referência, Anexo do Edital da licitação, nas especialidades constantes na Resolução CFM Nº 2.221, de 23 de novembro de 2018, do Conselho Federal de Medicina.

Para o item 3: Contratação de operadora de plano de assistência à saúde suplementar odontológica, para prestação de serviços de assistência odontológica complementar e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e tratamentos realizados exclusivamente dentro do País, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes e/ou crônicas, com abrangência em Belém do Pará e sua região metropolitana, e com atendimentos nacional para casos de urgência e emergência, para os servidores ativos, inativos (aposentados), bem como para os dependentes legais e pensionistas da SUDAM, em conformidade com o Termo de Referência, Anexo do Edital da licitação, nas especialidades constantes na Resolução CFO Nº 161, de 02 de outubro de 2015, do Conselho Federal de Odontologia.

14.2.2. Preços “per capita” mensal por faixa etária para cada um dos itens, nos moldes da Planilha de Preços constante no Anexo 1B do Termo de Referência, expressos em moeda nacional – REAL(R\$).

14.2.3. O preço da última faixa etária não deverá ser maior do que 6 (seis) vezes aquele preço estipulado para a faixa etária inicial. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas também não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 63 da ANS, de 22/12/2003.

14.3. Considerar-se-ão inclusos nos preços apresentados todas as despesas necessárias à plena execução dos serviços, tais como de pessoal, de administração, além de todos impostos e encargos incidentes, bem como o fornecimento de materiais, equipamentos, uniformes, enfim, todas as despesas inerentes ao atendimento das condições contidas neste Termo de Referência, no Edital, no Contrato e na proposta.

14.4. Aberta a etapa competitiva, as licitantes poderão encaminhar lances, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, contemplando a SOMA dos valores unitários das faixas do Plano Enfermaria (Item 29), e a SOMA dos valores dos valores unitários das faixas do Plano Apartamento (Item 29), divididos por dois, encontrando-se a média aritmética, para efeito de julgamento, mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$VT = (V1 + V2)/2$$

Onde:

VT = Valor Total da Proposta e

V1 = SOMA dos valores unitários por faixas etárias do PLANO ENFERMARIA, multiplicado por 12 (doze) (Item 29);

V2 = SOMA dos valores unitários por faixas etárias do PLANO APARTAMENTO, multiplicado por 12 (doze) (Item 29).

14.5. Será vencedora a proposta que apresentar o MENOR VALOR TOTAL - VT, desde que atendidas as especificações constantes do Edital e do Termo de Referência.

14.6. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

14.7. O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação::

15.1.1. A operadora do plano de assistência à saúde suplementar deverá oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar da SUDAM, os serviços assistenciais previstos neste Termo de Referência, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços.

15.1.2. Assegurar aos beneficiários da SUDAM os serviços de acordo com as condições correspondentes, conforme estabelecido neste Termo de Referência e na Proposta apresentada.

15.1.3. Atender com pontualidade aos beneficiários da SUDAM;

15.1.4. Oferecer planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as regras estabelecidas neste instrumento;

15.1.5. A operadora do plano de assistência à saúde suplementar deverá oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência conforme previsto no item 9 deste Termo de Referência em todo o território nacional, independentemente da área geográfica de abrangência descrita no itens 4.2 e seus subitens;

15.1.6. Garantir o uso de materiais e/ou medicamentos devidamente registrados na ANVISA e compatíveis com o avanço da ciência médico-odontológica e com as necessidades do paciente;

15.1.7. Atendimento especial: a operadora de saúde contratada deverá disponibilizar unidades de atendimento que permitam a acessibilidade de pessoas com deficiência (visual, auditiva, física e intelectual), dentro da rede credenciada;

15.1.8. Respeitar a livre escolha dos beneficiários quanto aos recursos oferecidos através da rede credenciada, em qualquer tipo de atendimento/tratamento e/ou exames, ficando expressamente proibido qualquer tipo de direcionamento, a não ser quando solicitado pelo beneficiário.

15.1.9. Divulgar os planos contratados nas dependências da contratante durante os primeiros 30 (trinta) dias de vigência do Contrato, conforme acerto prévio com a Administração da SUDAM para o acesso às dependências da autarquia;

15.1.10. Oferecer, na data da assinatura do contrato, de meios de atendimento 24 horas tais quais: internet, livreto ou tele atendimento para os esclarecimentos e informações que se fizerem necessários aos beneficiários;

15.1.11. Fornecer, gratuitamente, credencial / cartão de identificação personalizado a cada um dos beneficiários, contendo, no mínimo, o nome do Órgão, nome do beneficiário, tipo de plano, as carências e a validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegure o direito à utilização do benefício;

15.1.12. Entregar à contratante os Cartões de Identificação para cada beneficiário, no prazo máximo de:

- a) 10 (dez) dias úteis a contar da data do fornecimento pela contratante da relação de beneficiários dos Planos;
- b) 10 (dez) dias úteis a contar da data da notificação pela contratante para alterações cadastrais;
- c) 10 (dez) dias úteis a contar da data da notificação pela contratante para novas inclusões.

15.1.13. No caso de inclusão, alteração e/ou cadastramento, nos limites de prazos fixados nos itens “a”, “b” e “c” acima, não impedirá o atendimento, devendo ser fornecida uma identificação provisória, até que seja fornecido o Cartão de Identificação;

15.1.14. Fornecer, gratuitamente, outra via do Cartão de Identificação, nos casos de perda, roubo, casos fortuitos e força maior;

15.1.15. Enviar à contratante, com antecedência de 30 (trinta) dias do prazo de vencimento, os Cartões de Identificação com a nova validade;

15.1.16. Fornecer, gratuitamente, para cada titular e informar, sempre que houver alteração, em meio eletrônico, listagem de rede própria, credenciada ou contratada de profissionais e estabelecimentos capacitados a atender os procedimentos objeto da contratação;

15.1.17. Manter canal de atendimento telefônico (central de atendimento) ao beneficiário pelo menos em horário comercial e também correio eletrônico e internet para informações pertinentes aos serviços específicos contratados;

15.1.18. A operadora de saúde contratada deverá manter, com rigorosa seleção, rede credenciada para atendimento aos beneficiários, abrangendo centros clínicos, clínicas e consultórios, na cidade de Belém/PA e sua região metropolitana e demais serviços complementares, bem como relação dos profissionais que irão prestar os serviços, todos devidamente registrados nos órgãos competentes, enquanto durar a vigência do Contrato, além de suporte para atendimento 24 horas para urgências e emergências em todo o território nacional;

15.1.19. Os profissionais e/ ou instituições relacionados na Rede credenciada deverão estar dimensionados adequadamente para o cumprimento de todos os procedimentos constantes deste Termo de Referência. Havendo descredenciamento por iniciativa da operadora de saúde contratada ou dos profissionais de estabelecimentos relacionados na rede credenciada, a substituição deverá ser efetuada por profissional/estabelecimento de qualificação equivalente, com o mesmo padrão de qualidade ou superior e mediante comunicação à Contratante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo que para os casos de tratamentos já iniciados deverá ser garantida pela operadora de saúde contratada a sua continuidade com o mesmo profissional, até o seu término, salvo acordo prévio com o beneficiário/paciente.

- 15.1.20. Manter a sua Rede de Atendimento atualizada, promovendo os credenciamentos necessários e que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência;
- 15.1.21. A Contratante se reserva o direito de sugerir o credenciamento, de acordo com as normas e padrões da operadora de saúde contratada, de profissionais, consultórios, clínicas, hospitais, serviços odontológicos ou Pronto Socorros que julgar necessários, visando assegurar o atendimento conforme o disposto neste Termo de Referência;
- 15.1.22. Comunicar tempestivamente por escrito à contratante quaisquer anormalidade e/ou irregularidades ocorridas ou observadas durante a execução dos serviços e prestar os esclarecimentos julgados necessários;
- 15.1.23. Arcar com todas as despesas decorrentes de qualquer infração praticada por seus credenciados durante a execução dos serviços;
- 15.1.24. Manter-se em compatibilidade com as obrigações assumidas, inerentes às condições de habilitação e qualificação exigidas no certame licitatório, durante toda a execução do Contrato;
- 15.1.25. A operadora de saúde contratada fica obrigada a manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- 15.1.26. Disponibilizar mensalmente, à contratante, em meio eletrônico, relação de todos os beneficiários, individualmente e agrupados por família (titulares e respectivos dependentes e/ou agregados);
- 15.1.27. Disponibilizar mensalmente, relatórios estatísticos mensais não sigilosos de utilização de todos os serviços discriminados por grupo familiar e por tipo de evento (consultas, procedimentos, exames, internações, etc.), bem como relatórios analíticos por grupo de doenças, inclusive com informações dos custos decorrentes destes serviços;
- 15.1.28. Disponibilizar, mensalmente, relatório de sinistralidade e outros dados relevantes;
- 15.1.29. Disponibilizar demonstrativos mensais de reembolsos de despesas decorrentes da realização de procedimentos contemplados neste Termo de Referência e não disponibilizados na rede credenciada, efetuadas aos titulares e seu dependentes;
- 15.1.30. Disponibilizar, trimestralmente, à contratante, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas;
- 15.1.31. Assegurar à contratante as condições e informações necessárias para a fiscalização da execução do Contrato. A fiscalização por parte da contratante não eximirá a operadora de saúde contratada das responsabilidades decorrentes do Contrato;
- 15.1.32. Acatar tempestivamente as instruções e observações que emanem de fiscalização da contratante;
- 15.1.33. Designar representante responsável pelo relacionamento com a contratante que executará a função de preposto do contrato;
- 15.1.34. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do Contrato;
- 15.1.35. Não caucionar ou utilizar o Contrato para qualquer operação financeira, sem prévia anuência da contratante, sob pena de rescisão contratual;
- 15.1.36. Não contratar servidor pertencente ao quadro de pessoal da contratante para execução do Contrato;
- 15.1.37. Não veicular publicidade acerca do Contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração da contratante;
- 15.1.38. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
- 15.1.39. Manter, durante toda a vigência do Contrato, as mesmas condições de habilitação exigidas quando da realização da licitação, apresentando, sempre que solicitado, os comprovantes de regularidade fiscal;
- 15.1.40. Responder, em relação aos seus funcionários, por todos os encargos previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação social e trabalhista em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria;
- 15.1.41. Adotar todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados durante a execução do Contrato;
- 15.1.42. Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, cível ou penal, relacionada à execução do Contrato, originariamente ou vinculada por prevenção, conexão ou continência;
- 15.1.43. Responder por todos os encargos fiscais e comerciais resultantes da existência do Contrato;
- 15.1.44. Renunciar expressamente a qualquer vínculo de solidariedade, ativa ou passiva, com a Contratante, em caso de inadimplência relativa aos encargos sociais, comerciais e fiscais, não transferindo a responsabilidade por seu pagamento à Contratante, nem onerando o objeto da contratação;
- 15.1.45. Assumir a responsabilidade por todos os seus custos, encargos fiscais e comerciais, tributos e contribuições previdenciárias e sociais previstos em toda a legislação em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria;
- 15.1.46. Efetuar os pagamentos dos serviços utilizados junto à Rede de Atendimento nos prazos previstos nos termos de credenciamento, objetivando manter o funcionamento adequado da respectiva Rede;
- 15.1.47. Obrigar-se, por seus proprietários, administradores, sócios e gerentes, por seus funcionários ou terceiros contratados e/ou subcontratados, credenciados e representantes, a manter e guardar o mais expresso, estrito e absoluto sigilo sobre dados, informações, conteúdo, especificações técnicas, características de ambientes, relações ou informações de caráter comercial com clientes da SUDAM, a que tenham acesso ou conhecimento, sob qualquer forma, em decorrência da prestação dos serviços objeto deste Termo de Referência, no decorrer da sua execução ou cumprimento, sob pena de responder civil ou criminalmente pelo seu descumprimento, ficando responsável pela reparação por prejuízos materiais, morais, perdas e lucros cessantes decorrentes;
- 15.1.48. A obrigação de sigilo médico, hospitalar e odontológico aplica-se não só pelo prazo de vigência ou execução dos serviços, objeto deste Termo de Referência, como se estende também após seu encerramento;
- 15.1.49. É vedada a cobrança de valores ao beneficiário por procedimentos que constem no rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- 15.1.50. Conforme a Resolução Normativa RN nº 259/2011, da ANS, alterada pela Resolução Normativa RN 268/2011, da ANS, na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado na área geográfica de abrangência do plano contratado, a operadora deverá garantir o atendimento em: prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este;

- 15.1.50.1. No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora de saúde contratada ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes;
- 15.1.50.2. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial, a operadora de saúde contratada deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem;
- 15.1.50.3. Caso seja opção do beneficiário a utilização de recursos não credenciados, desde que constem no Rol da ANS, será oferecido reembolso de 1 vez a tabela da operadora;
- 15.1.51. A operadora de saúde contratada deverá responsabilizar-se pelo atendimento administrativo e orientação aos beneficiários;
- 15.1.52. Não caberá a Contratante nenhum ônus ou responsabilidade legal ou trabalhista relativa ao empregado mencionado no item anterior;
- 15.1.53. Não será permitida a cobrança de taxa de adesão ao Plano ou cobrança pelo cartão de identificação;
- 15.1.54. Qualquer dano ocasionado aos beneficiários, por ato doloso ou culposo da operadora de saúde contratada, ou seus prepostos, sujeitará esta, independentemente de outras implicações contratuais e legais, à indenização por perdas e danos.
- 15.2. **Para o item 3 da licitação:**
- 15.2.1. Apresentar, na ocasião da assinatura do Contrato:
- a) Comprovante de inscrição no Conselho Regional de Odontologia no qual estiver geograficamente sediada.
 - b) Comprovação do registro do(s) produto(s), em vigor, oferecido(s) na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 15.2.2. Manter entre os profissionais credenciados intitulados especialistas, aqueles com as especialidades registradas no Conselho Federal de Odontologia.
- 15.2.3. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos em observância às normas legais e regulamentares aplicáveis da ANS e do Conselho Regional de Odontologia.
- 15.2.4. Responsabilizar-se, integralmente, pela assistência odontológica dispensada aos beneficiários do plano, pela qualidade do atendimento, por danos de quaisquer espécies sejam por imperícia, negligência ou imprudência, causados diretamente à Contratante, a seus beneficiários ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução dos serviços contratados por si ou por terceiros da rede credenciada/própria, independentemente da fiscalização ou do acompanhamento exercidos pela Contratante.
- 15.2.5. A operadora de saúde contratada deverá indicar odontólogo para contato com o fiscal do contrato e com cirurgiões-dentistas credenciados que possuam dúvidas e questionamentos quanto aos procedimentos de autorização.
- 15.2.6. Não existem relações financeiras entre o cirurgião-dentista e o beneficiário do plano, salvo se o profissional indicar atos odontológicos que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- 15.2.7. A obrigação de sigilo odontológico aplica-se não só pelo prazo de vigência ou execução dos serviços, objeto deste Termo de Referência, como se estende também após seu encerramento.

16. **DA PRÉ-AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS**

16.1. **Para o lote 1 e para o item 3 da licitação::**

- 16.1.1. Caso haja necessidade de pré-autorização para a realização de qualquer procedimento citado neste Termo de Referência, o beneficiário deverá ser previamente orientado quanto às condutas a serem tomadas para emissão da autorização, sem comprometimento dos prazos de atendimento regulamentados pela ANS.
- 16.1.2. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique. O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, conforme preconiza o artigo 10 da Resolução Normativa Nº 395/2016, da ANS.
- 16.1.3. O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, devendo-se considerar o horário de funcionamento da operadora Contratada.

17. **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 17.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela operadora de saúde, de acordo com as cláusulas contratuais e termos de sua proposta;
- 17.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor especialmente designado, nos termos do art. 67, da Lei Nº 8.666/93, podendo sustar, recusar, mandar fazer ou desfazer quaisquer serviços que não estejam de acordo com as condições e exigências especificadas;
- 17.3. Emitir o Termo de Recebimento Provisório e o Termo de Recebimento Definitivo que antecederão o Ateste da fatura/nota fiscal mensal, em conformidade com as exigências estabelecidas no art. 73 da Lei Nº 8.666/1993, normatizadas pelo art. 50 da Instrução Normativa Nº 05/2017;
- 17.4. Notificar, por escrito, à operadora de saúde, eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;
- 17.5. Apresentar à operadora de saúde a relação dos beneficiários;
- 17.6. Informar à operadora de saúde a inclusão ou exclusão de beneficiários;
- 17.7. Receber da operadora de saúde os Cartões de Identificação para cada beneficiário e efetuar a entrega individualizada aos beneficiários do plano contratado.
- 17.8. Comunicar à operadora de saúde os casos de extravio e/ou perda do Cartão de Identificação Personalizado;
- 17.9. Efetuar, mensalmente, o pagamento à operadora de saúde do valor resultante da prestação dos serviços, no prazo e condições estabelecidas;

17.10. Comunicar à operadora de saúde qualquer ocorrência relacionada com a execução dos serviços.

18. DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

18.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato deverá ser de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, podendo ser prorrogado por interesse da Contratante até o limite de 60 (sessenta) meses.

18.2. O prazo para início das coberturas assistenciais se inicia com a vigência do contrato.

18.3. A operadora de saúde não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

a) A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

19. DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO

19.1. Em atendimento ao disposto no artigo 73 da Lei Nº 8.666/1993, normatizado pelo artigo 50 da Instrução Normativa Nº 05/2017, do MPOG, na contratação de plano de saúde para assistência aos servidores da SUDAM é obrigatória a realização mensal do recebimento provisório e do recebimento definitivo do objeto contratado que antecederão o pagamento da fatura mensal conforme a seguir:

19.1.1. O recebimento provisório será realizado pelo fiscal técnico, fiscal administrativo, fiscal setorial ou equipe de fiscalização, nos seguintes termos:

a) elaborar relatório circunstanciado, em consonância com as suas atribuições, contendo o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato e demais documentos que julgarem necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo; e

b) quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o relatório circunstanciado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo;

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

d) A Contratada fica obrigada a reparar/corrigir às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução empregada, cabendo à fiscalização não atestar a medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

19.1.2. O recebimento definitivo pelo gestor do contrato, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços, obedecerá às seguintes diretrizes:

a) realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização técnica e administrativa e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à contratada, por escrito, as respectivas correções;

b) emitir termo circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentação apresentados; e

c) comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura com o valor exato dimensionado pela fiscalização com base no Instrumento de Medição de Resultado (IMR) em observação ao Anexo VIII da Instrução Normativa Nº 05/2017, do MPOG.

19.1.3. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da Contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato, ou, em qualquer época, das garantias concedidas e das responsabilidades assumidas em contrato e por força das disposições legais em vigor.

19.1.4. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo fixado pelo fiscal do contrato, às custas da Contratada, sem prejuízo da aplicação de penalidades.

20. DO PAGAMENTO

20.1. Os pagamentos mensais, deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, nos termos do art. 5º, § 3º, da Lei Nº 8.666/1993, através de ordem bancária para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

20.2. A apresentação da Nota Fiscal/Fatura deverá ocorrer no prazo de 05 (cinco) dias, contado da data final do período de adimplimento da parcela da contratação a que aquela se referir.

20.3. O pagamento somente será autorizado depois de efetuado o “atesto” pelo servidor competente, condicionado este ato à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada em relação aos serviços efetivamente prestados.

20.4. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a operadora de saúde contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

20.5. Nos termos do Anexo V da Instrução Normativa Nº 05/2017, será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a operadora de saúde contratada:

a) não produziu os resultados acordados;

b) deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

c) deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

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

- 20.7. Antes de cada pagamento à operadora de saúde contratada, será realizada consulta ao SICAF para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.
- 20.8. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da operadora de saúde contratada, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 15 (quinze) dias, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
- 20.9. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da operadora de saúde contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
- 20.10. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à operadora de saúde contratada a ampla defesa.
- 20.11. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a operadora de saúde contratada não regularize sua situação junto ao SICAF.
- 20.12. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante, não será rescindido o contrato em execução com a operadora de saúde contratada inadimplente no SICAF.
- 20.13. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
- 20.14. A operadora de saúde contratada regularmente optante pelo Simples Nacional 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.
- 20.15. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a operadora de saúde contratada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela, é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

EM = I x N x VP, sendo:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela a ser paga.

I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

I = (TX)	I = (6/100) 365	I = 0,00016438 TX = Percentual da taxa anual = 6%.
-----------------	----------------------------------	---

21. DO REAJUSTE

- 21.1. Será permitido o reajuste do valor do contrato, desde que observado o interregno de 1 (um) ano, a contar da sua assinatura, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa Nº 195/2009, da ANS, aplicando-se, de acordo com a variação ocorrida no período considerado, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, mantido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, acumulado em 12 (doze) meses.
- 21.2. Poderá haver reequilíbrio econômico-financeiro do contrato em função da sinistralidade, desde que devidamente demonstrado e comprovado o impacto da variação dos componentes dos custos, com as respectivas justificativas, na manutenção dos preços de contratação.
- 21.3. Caberá à Contratante analisar e decidir acerca da necessidade e viabilidade de ajuste para recompor o equilíbrio econômico-financeiro.
- 21.4. Os preços são fixos e irremovíveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.
- 21.5. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, mantido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, acumulado em 12 (doze) meses, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.
- 21.6. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
- 21.7. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o Contratante pagará à Operadora de Saúde contratada a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a Operadora de Saúde contratada obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.
- 21.8. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
- 21.9. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
- 21.10. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.
- 21.11. O reajuste será realizado por apostilamento.

22. DA PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO NO CUSTEIO DO PLANO

- 22.1. Os beneficiários participarão com valores fixos mensais descontados em folha de pagamento, calculados de acordo com o valor contratado pela SUDAM com base na tabela discriminada por categoria de plano, modalidade e faixa etária constante no item 29 deste Termo de Referência.
- 22.2. O pagamento se dará através do desconto em folha de pagamento, deduzidos os valores relativos à participação da SUDAM conforme regulamento emitido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG, atualmente Ministério da Economia.

22.3. Os valores da participação da SUDAM no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata este Termo, serão os estabelecidos em regulamento pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão atual Ministério da Economia.

22.4. Os servidores inativos (aposentados), os ocupantes de cargo efetivo, os ocupantes de cargo comissionado e os pensionistas, na qualidade de beneficiário titular do plano, complementarão o custeio do plano de assistência à saúde suplementar superior ao mínimo previsto em regulamento emitido pelo MPOG-ME, sem qualquer custo adicional para a SUDAM.

22.5. Para fins de controle e pagamento, a mudança de faixa etária será considerada a do mês subsequente ao do aniversário do beneficiário.

23. **CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

23.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Coordenação de Gestão de Pessoas - CGP, órgão seccional da SUDAM, especificamente designados, na forma dos arts. 67 e 73, da Lei nº 8.666/1993 e do art. 34, da Portaria Normativa nº 01/2017.

23.2. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência.

23.3. A fiscalização realizada pela SUDAM não exclui nem reduz a responsabilidade da operadora de saúde contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resulte de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666/1993.

24. **DO INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO – IMR**

24.1. A metodologia de avaliação da execução dos serviços será desenvolvida com base nos parâmetros mínimos estabelecidos, conforme os critérios neste Termo de Referência, utilizando como ferramenta de aferição o Instrumento de Medição de Resultado – IMR, nos termos do Anexo VIII-A da Instrução Normativa Nº 05/2017.

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

24.3. O Instrumento de Medição de Resultado – IMR será aplicado pelo fiscal do contrato mensalmente, através da confecção de Relatório Circunstanciado.

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

- a) Cumprimento dos prazos previstos no art. 3º da Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS, alterada pela Resolução Normativa RN 268/2011, da ANS, para garantia do acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- b) Cumprimento do prazo de para efetivação de reembolso ao beneficiário, quando cabível;
- c) Cumprimento do prazo para atendimento das solicitações da contratante;
- d) Cumprimento do prazo para emissão e entrega de credenciais/cartão de identificação magnéticos ou não do beneficiário;
- e) Cumprimento do prazo contido no item 16.1.2 para emissão de justificativa fundamentada, por escrito, acerca de negativas de autorizações.
- f) Prestação de qualquer serviço objeto da contratação e observância das obrigações estabelecidas neste Termo de Referência.

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

- a) Fase Inicial (primeiros 30 dias do efetivo início da execução): os resultados serão apenas medidos (IMR) e apresentados à operadora de saúde contratada, sem que haja a aplicação do sistema de ajustes de pagamentos (redutores);
- b) Fase de Transição (do 31º a 90º dia do efetivo início da execução): Os resultados serão medidos (IMR) e apresentados à operadora de saúde contratada, contudo, os ajustes financeiros de pagamento (redutores) serão aplicados à razão de 50% das faixas previstas neste documento;
- c) Fase de Aplicação (após o 91º dia do efetivo início da execução): ocorrerá a aplicação integral dos ajustes financeiros de pagamento (redutores), conforme as faixas previstas neste documento.

24.6. Em caso de prorrogação contratual não será aplicada a sistemática de adaptação prevista nos itens anteriores.

24.7. O não cumprimento pela operadora de saúde contratada das obrigações deste Termo de Referência, acarretará em desconto no pagamento da fatura, de acordo com o número registrado de ocorrências apuradas, devidamente comprovadas, no período do primeiro até o último dia de cada mês.

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

- a) Isento – de 00 a 05 ocorrências;
- b) Desconto de 3% - de 06 a 15 ocorrências;
- c) Desconto de 5% - de 16 a 25 ocorrências;
- d) Desconto de 10% - de 25 a 30 ocorrências;

24.9. A partir da 31ª ocorrência, a operadora de saúde contratada estará sujeita, além do desconto de 10% sobre a fatura, às penalizações, conforme disposto no item 26 deste Termo de Referência.

24.10. A operadora de saúde será notificada mensalmente, acerca de eventuais descumprimentos de obrigações no tocante ao IMR.

24.11. A operadora de saúde poderá apresentar, em 05 dias úteis da data da notificação, manifestação acerca das ocorrências relatadas.

24.12. Quando oferecida, a contratante deverá analisar a manifestação da operadora de saúde contratada e comunicá-la acerca de eventuais deduções do valor mensal a ser pago em razão da aplicação do IMR.

24.13. A Contratante poderá aceitar pelas justificativas da operadora de saúde, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle da operadora de saúde contratada, excluindo-se, no todo ou em parte, a aplicação do item 24.

24.14. A aplicação de penalizações/deduções sempre respeitará o procedimento administrativo, que assegurará o contraditório e ampla defesa.

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

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

24.17. Em hipótese alguma, será admitido que a própria operadora de saúde contratada faça a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. Para o lote 1 e para o item 3 da licitação:

25.1.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos, odontólogos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora de saúde contratada, de acordo com o plano subscrito por ele e pela SUDAM, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome do servidor;

25.1.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de assistência à saúde suplementar será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário;

25.1.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o Cartão/Identificador da operadora do plano de assistência à saúde suplementar;

25.1.4. A operadora de saúde contratada poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto no contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados;

25.1.5. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência;

25.1.6. Em caso de divergência médica/odontológica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica/odontológica no prazo máximo de quarenta e oito horas, contadas da formalização do processo;

25.1.6.1. A junta médica/odontológica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um profissional da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

25.1.7. A operadora de saúde contratada reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998;

25.1.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade;

25.1.9. A operadora de saúde contratada não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

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

25.2. Para o lote 1 da licitação:

25.2.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor;

25.2.2. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência;

25.2.3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

25.2.4. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital;

26. DA SUBCONTRATAÇÃO

26.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

27. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

27.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666/1993 e da Lei nº 10.520/2002, a Contratada que:

27.1.1. inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

27.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;

27.1.3. fraudar na execução do contrato;

27.1.4. comportar-se de modo inidôneo;

- 27.1.5. cometer fraude fiscal;
- 27.1.6. não manter a proposta.
- 27.2. Cometer qualquer das infrações discriminadas no subitem anterior ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:
- 27.2.1. advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a contratante;
- 27.2.2. multa moratória de 1% (um por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor total do contrato, até o limite de 10 (dez) dias, após o que ensejará a rescisão contratual, sem prejuízo da aplicação das correspondentes penalidades oriundas da rescisão;
- 27.2.3. multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
- 27.2.4. em caso de inexecução parcial, a multa, no mesmo percentual do subitem anterior, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- 27.2.5. suspensão de licitar e impedimento de contratar com a Administração Pública federal, estadual, municipal e do DF, pelo prazo de até dois anos;
- 27.2.6. impedimento de licitar e contratar com a União com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos;
- 27.2.7. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a contratada ressarcir a contratante pelos prejuízos causados.
- 27.3. Fica sujeita às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666/93, a Contratada que:
- 27.3.1. tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- 27.3.2. tenha praticado atos ilícitos visando frustrar os objetivos da licitação;
- 27.3.3. demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 27.4. O descumprimento total ou parcial das obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 87 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 27.5. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666/93, e subsidiariamente a Lei nº 9.784/1999;
- 27.6. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Contratante, observado o princípio da proporcionalidade;
- 27.7. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

28. DA DEMANDA ESTIMADA DE BENEFICIÁRIOS

- 28.1. A demanda estimada de beneficiários para participação no Plano de assistência à saúde suplementar corresponde ao quantitativo que segue:

BENEFICIÁRIOS / FAIXA ETÁRIA	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 +	TOTAL
Servidores	0	0	0	23	9	8	12	18	20	78	168
Dependentes	29	12	2	3	5	7	8	8	8	47	129
Total	29	12	2	26	14	15	20	26	28	125	297

29. DO VALOR ESTIMADO

- 29.1. Para o lote 1, item 1, os valores máximos estimados para a acomodação **enfermaria** por faixa etária são:

LOTE 1 - ITEM 1 - PLANO A: ENFERMARIA				
Faixa Etária de 0-18	29	R\$ 140,15	R\$ 4.064,42	R\$ 48.772,20
Faixa Etária de 19-23	12	R\$ 162,75	R\$ 1.953,00	R\$ 23.436,00
Faixa Etária de 24-28	2	R\$ 188,88	R\$ 377,76	R\$ 4.533,12
Faixa Etária de 29-33	26	R\$ 222,60	R\$ 5.787,60	R\$ 69.451,20
Faixa Etária de 34-38	14	R\$ 250,96	R\$ 3.513,48	R\$ 42.161,28
Faixa Etária de 39-43	15	R\$ 284,11	R\$ 4.261,69	R\$ 51.139,80
Faixa Etária de 44-48	20	R\$ 343,31	R\$ 6.866,20	R\$ 82.394,40
Faixa Etária de 49-53	26	R\$ 428,97	R\$ 11.153,09	R\$ 133.838,64
Faixa Etária de 54-58	28	R\$ 631,68	R\$ 17.686,97	R\$ 212.244,48
Faixa Etária maiores de 59 anos	125	R\$ 802,90	R\$ 100.362,81	R\$ 1.204.350,00

- 29.2. Para o lote 1, item 2, os valores máximos estimados para a acomodação **apartamento** por faixa etária são:

LOTE 1 - ITEM 2 - PLANO B: APARTAMENTO				
Faixa Etária de 0-18	29	R\$ 180,06	R\$ 5.221,67	R\$ 62.660,88
Faixa Etária de 19-23	12	R\$ 208,66	R\$ 2.503,89	R\$ 30.047,04
Faixa Etária de 24-28	2	R\$ 243,12	R\$ 486,24	R\$ 5.834,88
Faixa Etária de 29-33	26	R\$ 289,03	R\$ 7.514,65	R\$ 90.177,36
Faixa Etária de 34-38	14	R\$ 326,20	R\$ 4.566,84	R\$ 54.801,60
Faixa Etária de 39-43	15	R\$ 371,62	R\$ 5.574,26	R\$ 66.891,60
Faixa Etária de 44-48	20	R\$ 441,31	R\$ 8.826,25	R\$ 105.914,40
Faixa Etária de 49-53	26	R\$ 575,41	R\$ 14.960,73	R\$ 179.527,92
Faixa Etária de 54-58	28	R\$ 789,53	R\$ 22.106,84	R\$ 265.282,08
Faixa Etária maiores de 59 anos	125	R\$ 1.030,22	R\$ 128.777,81	R\$ 1.545.330,00
				R\$ 2.406.467,76

29.3. Para o item 3 os valores máximos estimados são:

ITEM3 - PLANO C: ODONTOLÓGICO				
DESCRIÇÃO	BENEFICIÁRIOS	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Valor Unitário fixo para qualquer faixa etária.	297	R\$ 19,61	R\$ 5.824,17	R\$ 69.890,04

29.4. O valor total máximo estimado do Contrato durante sua vigência de 12 meses é de **R\$ 2.476.357,80 (dois milhões, quatrocentos e setenta e seis mil trezentos e cinquenta e sete reais e oitenta centavos)**. Esse valor tem por base a adesão estimada do total de 297 beneficiários (servidores, dependentes e pensionistas da SUDAM) no lote 1, item 2, com plano de saúde em acomodação individual/apartamento para internação e no item 3 com plano odontológico.

29.5. Destaca-se que, considerando que esta contratação será realizada através de pregão eletrônico utilizando o sistema ComprasNet do Governo Federal e que neste sistema o valor total da contratação obrigatoriamente reflete a soma de todos os itens da licitação, o valor global que será lançado no pregão eletrônico será de R\$ 4.348.678,92 (quatro milhões, trezentos e quarenta e oito mil seiscentos e setenta e oito reais e noventa e dois centavos) divergente do apontado no item 29.4 deste Termo de Referência.

30. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

30.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia - SUDAM, para o exercício de 2020, na classificação abaixo:

- Gestão/Unidade: 53202/533013

- Fonte: 0151

- Programa de Trabalho: 04301003220046000.

- Elemento de Despesa: 339039

30.2. No(s) exercício(s) seguinte(s), correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita no início de cada exercício financeiro.

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

31.1. A empresa contratada é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e documentos apresentados em qualquer época.

31.2. Nenhuma responsabilidade caberá à SUDAM em relação a terceiros, em decorrência de compromissos assumidos entre esses e a proponente vencedora.

31.3. A operadora de saúde contratada responderá pelos danos eventuais que vier a causar em decorrência de descumprimento de quaisquer das condições previstas neste instrumento.

31.4. A operadora de saúde contratada é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução deste Contrato, conforme art. 71 da Lei nº 8.666/1993.

31.5. Os casos omissos nesta contratação serão resolvidos pela Diretoria Colegiada da Sudam, baseada na legislação vigente.

31.6. O foro para dirimir questões relativas ao contrato fundamentado pelo presente Termo de Referência será o da Seção Judiciária do Estado do Pará, Subseção Judiciária de Belém – Justiça Federal, com exclusão de qualquer outro.

ANEXOS

ANEXO 1A: COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PARA O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE A SER CONTRATADO PELA SUDAM.

Em complemento às informações constantes no Termo de Referência, em seu item 7.2, que fundamentará o contrato a ser celebrado entre a SUDAM e empresa operadora de saúde especializada no fornecimento de plano de saúde odontológico para atendimento aos servidores da SUDAM, seus dependentes e pensionistas, segue abaixo a relação dos procedimentos odontológicos mínimos a serem cobertos pelo plano de saúde odontológico:

PLANO ODONTOLÓGICO – PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - COBERTURAS MÍNIMAS:

1. **Urgência / Emergência:** Redução de luxação da ATM; Colagem de Fragmentos Dentários; Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático; Imobilização Dentária; Pulpotomia; Recimentação de Peça / Trabalho Protético; Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção; Tratamento de Odontalgia Aguda.

2. **Consulta Odontológica:** Consulta Odontológica Inicial; Consulta odontológica de Urgência.

3. **Condicionamento:** Condicionamento em Odontologia.

4. **Radiologia:** Radiografia Interproximal (Bite-Wing); Radiografia Oclusal; Radiografia Panorâmica de Mandíbula / Maxila (Ortopantomografia); Radiografia Periapical.

5. **Prevenção Odontológica:** Atividade Educativa em Saúde Bucal; Profilaxia – Polimento Coronário; Aplicação de Cariostático; Aplicação de Selante; Aplicação Tópica de Fluór; Remineralização Dentária; Teste de PH Salivar (Acidez Salivar); Teste de Fluxo Salivar.

6. **Dentística:** Adequação do Meio Bucal; Ajuste Oclusal; Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável; Núcleo de Preenchimento; Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana); Restauração em Amálgama; Restauração em Ionômero de Vidro; Restauração em Resina Fotopolimerizável; Restauração Temporária / Tratamento Expectante; Tratamento Restaurador Atraumático.

7. **Endodontia:** Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final; Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal; Remoção de Núcleo Intra-Canal; Remoção de Peça / Trabalho Protético; Retratamento Endodôntico em dentes permanentes; Tratamento de Perfuração (Radicular / Câmara Pulpar); Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta; Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos; Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes.

8. **Periodontia:** Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana); Dessensibilização Dentária; Aumento de Coroa Clínica; Cunha Proximal; Enxerto Gengival Livre; Enxerto Pediculado; Gengivectomia / Gengivoplastia; Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular / Curetagem de Bolsa Periodontal; Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário; Tunelização.
9. **Prótese:** Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Repato de Restauração Metálica Fundida (RMF); Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato; Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária – Inclui Peça Protética; Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui peça Protética; Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido / Núcleo Pré- Fabricado – Inclui Peça Protética; Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui Peça Protética.
10. **Patologia Odontológica (Exame):** Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (Em peça Cirúrgica material de Punção / Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Buco- Maxilo-Facial).
11. **Cirurgia:** Biópsia de Lábio; Frenotomia / Frenectomia Labial; Alveoloplastia; Amputação Radicular com ou sem obturação retrógrada; Apicetomia com ou sem obturação retrógrada; Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo; Biópsia de Boca; Bridectomia / Bridotomia; Cirurgia para Tórus / Exostose; Cirurgia Periodontal a Retalho; Exodontia a Retalho; Exodontia de Raiz Residual; Exodontia Simples de Decíduo; Exodontia Simples de Permanente; Odonto-Secção; Punção Aspirativa com Agulha Fina / Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da região Buco-Maxilo-Facial; Redução de Fratura Alvéolo Dentaria; Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados); Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de tecidos moles da região Buco- Maxilo-Facial; Tratamento de Abscesso Periodontal; Tratamento de Alveolite; Ulectomia / Ulotomia; Biópsia de Língua; Frenotomia / Frenectomia Lingual; Biópsia de Glândula Salivar; Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar; Sutura de Ferida Buco- Maxilo-Facial; Biópsia de Mandíbula / Maxila; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Mandíbula / Maxila; Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula / Maxila;

ANEXO 1B: MODELO DE PROPOSTA.

Processo n.º 59004.001456/2020-51

(em papel personalizado da empresa)

À SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA – SUDAM

Ref.: (Modalidade e n.º da licitação)

Prezados Senhores,

Apresentamos a V. S. Nossa proposta comercial para a prestação dos serviços de.....

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS SERVIÇOS:

O preço total do item por nós cotado para _____ são os constantes da Planilha abaixo. No preço está incluso todos os custos diretos e indiretos, inclusive salários, encargos trabalhistas, impostos e taxas, bem como quaisquer outras despesas incidentes para a prestação dos serviços objeto da licitação.

O prazo de validade da nossa proposta é de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega da proposta.

Declaramos expressamente que estamos de pleno acordo com todas as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, bem como com todas as obrigações especificadas na Minuta do Contrato.

Caso nos seja adjudicado o objeto da licitação, comprometemo-nos a assinar o contrato no prazo determinado, em conformidade com o instrumento convocatório, e para esse fim fornecemos os seguintes dados:

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Tel./Fax: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Representante Legal:

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

PLANO A: Assistência Médica/Ambulatorial/Hospitalar - Acomodação Enfermaria

(1) FAIXA ETÁRIA	(2) QUANTIDADE ESTIMADA SERVIDORES E DEPENDENTES	(3) PREÇO UNITÁRIO MENSAL POR FAIXA ETÁRIA	(4) VALOR TOTAL MENSAL 4=(2X3)
0 a 18 anos	29		
19 a 23 anos	12		
24 a 28 anos	2		
29 a 33 anos	26		
34 a 38 anos	14		
39 a 43 anos	15		
44 a 48 anos	20		
49 a 53 anos	26		
54 a 58 anos	28		
59 anos ou superior	125		
TOTAL	297		V1=
V1= Valor total do Plano A (coluna 4) x 12 (prazo do contrato) = R\$ ()			

PLANO B: Assistência Médica/Ambulatorial/Hospitalar - Acomodação Apartamento Individual

(1) FAIXA ETÁRIA	(2) QUANTIDADE ESTIMADA SERVIDORES E DEPENDENTES	(3) PREÇO UNITÁRIO MENSAL POR FAIXA ETÁRIA	(4) VALOR TOTAL MENSAL 4=(2X3)
0 a 18 anos	29		
19 a 23 anos	12		
24 a 28 anos	2		
29 a 33 anos	26		
34 a 38 anos	14		
39 a 43 anos	15		
44 a 48 anos	20		
49 a 53 anos	26		
54 a 58 anos	28		
59 anos ou superior	125		
TOTAL	297		V1=
V2= Valor total do Plano do Plano B (coluna 4) x12 (prazo do contrato)= R\$ ()			

VALOR TOTAL DO ITEM

Valor total do Plano = $VT = \frac{V1 + V2}{2}$ = R\$ () Valor a ser lançado no Sistema Comprasnet.
--

PLANO C: Assistência Odontológica

	(1) QUANTIDADE ESTIMADA SERVIDORES E DEPENDENTES	(2) PREÇO UNITÁRIO MENSAL FIXO POR USUÁRIO/BENEFICIÁRIO	(3) VALOR TOTAL MENSAL 4= (1X2)
TOTAL			V3=
V3= Valor total do Plano do Plano C (coluna 3) x12 (prazo do contrato)= R\$ ()			

VALOR TOTAL DO ITEM

Valor total do Plano = **VT = V3** = R\$ () Valor a ser lançado no Sistema Comprasnet.



Documento assinado eletronicamente por **Ivan Lima Araujo, Membro de Comitê, Núcleo, Comissão, Colegiado ou Grupo de Trabalho**, em 30/03/2021, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Doris Sueli dos Santos Antunes, Coordenador de Comitê, Comissão, Núcleo ou Grupo de Trabalho**, em 30/03/2021, às 13:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Jeanne Maria Lima de Aragão, Membro de Comitê, Núcleo, Comissão, Colegiado ou Grupo de Trabalho**, em 30/03/2021, às 13:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Matos dos Santos, Diretor**, em 30/03/2021, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.sudam.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0328820** e o código CRC **4B4831A2**.