

**ERRATA AO TERMO DE REFERÊNCIA RELATIVO AO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 006/2024**

Na cláusula 2.2 **onde se lê:** “Deverão ser ofertados pelas interessadas, dois tipos de planos, com valores variáveis de acordo com as faixas etárias, nas condições a seguir expostas:”

**Leia-se:** “Deverão ser ofertados pelas interessadas, dois tipos de acomodações, com valores variáveis de acordo com as faixas etárias, nas condições a seguir expostas:”

Na cláusula 2.3 **onde se lê:** “Em se tratando de internação em enfermaria, com no máximo 02 (dois) leitos por quarto, contendo, preferencialmente, ar condicionado, banheiro completo, televisão, com direito a 01 (um) acompanhante permanente, sendo que só será fornecida alimentação pelo hospital a acompanhantes de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI ou similares.”

**Leia-se:** “Em se tratando de internação em enfermaria, conterá, preferencialmente, ar condicionado, banheiro completo, televisão, com direito a 01 (um) acompanhante permanente, nos casos de internação de menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI ou similares, sendo que só será fornecida alimentação pelo hospital a acompanhantes destes beneficiários”

Fica excluída a Cláusula 4.

Na cláusula 5.3.6, **onde se lê:** “- genitores (pai ou mãe) desde que dependentes econômicos.”

*JA*

**Leia-se:** “- genitores (pai ou mãe) desde que dependentes econômicos, mediante apresentação da respectiva dependência declarada no IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física do beneficiário titular.”

Na cláusula 5.8, **onde se lê:** “5.8. OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE – Empresa com registro junto a ANS responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e rede credenciada na área geográfica de atuação da CODIUB e garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e normativos expedidos pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Leia-se:** “5.8. OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE – Empresa com registro junto a ANS responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e rede credenciada, e garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e normativos expedidos pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na cláusula 8.1, **onde se lê:** “Os serviços do plano de assistência à saúde serão prestados de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, para o PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE TIPO ENFERMARIA. ISENÇÃO TOTAL DE CARÊNCIA NA PRIMEIRA ADESÃO, na forma estabelecida no item 16 e seus subitens.”

wp

**Leia-se:** “Os serviços do plano de assistência à saúde serão prestados de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, para o PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE TIPO ENFERMARIA. ISENÇÃO TOTAL DE CARÊNCIA NA PRIMEIRA ADESÃO, até 30 (trinta) dias da assinatura do contrato, na forma estabelecida no item 16 e seus subitens.”

Fica excluída a Cláusula 8.3.

Na cláusula 8.4, **onde se lê:** “Os serviços médicos de consultas, inclusive ambulatoriais, serão de livre escolha do(s) beneficiário(s), entre os centros médicos hospitalares, consultórios, clínicas, centros especializados próprios, por meio da rede própria da operadora, credenciada, conveniada, contratada e/ou referenciada da operadora.”

**Leia-se:** “Os serviços médicos de consultas, inclusive ambulatoriais, serão de livre escolha do(s) beneficiário(s), entre os médicos, consultórios e clínicas, por meio da rede própria da operadora, credenciada, conveniada, contratada e/ou referenciada da operadora.”

Na cláusula 8.5, **onde se lê:** “Os serviços contratados serão prestados de forma contínua aos beneficiários, mediante apresentação de dispositivo de identificação o qual será fornecido pela operadora de plano de assistência à saúde e documento oficial de identificação do beneficiário, independentemente de comprovação de pagamento, observada a necessidade de autorização prévia para os procedimentos do Rol de Procedimentos identificados no mecanismo de regulação da Operadora a ser contratada. As solicitações de autorização serão realizadas pelas singulares locais onde o beneficiário se encontra e as mesmas servirão para acesso dos beneficiários a rede prestadora local e ao sistema on-line de autorização.”

**Leia-se:** “Os serviços contratados serão prestados de forma contínua aos beneficiários, mediante apresentação de dispositivo de identificação o qual será fornecido pela operadora de plano de assistência à saúde e documento oficial de identificação do beneficiário,

*ND*

independentemente de comprovação de pagamento, observada a necessidade de autorização prévia para os procedimentos do Rol de Procedimentos identificados no mecanismo de regulação da Operadora a ser contratada. As solicitações de autorização serão realizadas pela unidade Uberaba, e as mesmas servirão para acesso dos beneficiários à rede prestadora e ao sistema on-line de autorização. Quanto aos beneficiários dependentes, tendo em vista que o pagamento é de responsabilidade do beneficiário titular, caso haja inadimplemento, o serviço poderá ser suspenso.”

Ficas excluídas as Cláusulas 8.5.1 e 8.5.2.

Na cláusula 8.8, **onde se lê:** “Cada operadora de plano de assistência à saúde deverá apresentar proposta de preços, conforme anexo do Edital, para o tipo de plano enfermaria, na forma per capita, considerando as 10 faixas etárias, nos termos do art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 563/2022 – ANS e suas respectivas alterações, resultando a soma dos valores ofertados no valor global da proposta.”

**Leia-se:** “Cada operadora de plano de assistência à saúde deverá apresentar proposta de preços, conforme anexo do Edital, para o tipo de plano enfermaria, considerando as 10 faixas etárias, nos termos do art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 563/2022 – ANS e suas respectivas alterações, resultando a soma dos valores ofertados no valor global da proposta.”

Fica excluída a Cláusula 8.18.

Na cláusula 8.18.2, **onde se lê:** “Declaração de que realiza todos os exames laboratoriais de acordo com o rol de procedimentos da ANS, contendo, no mínimo, um posto de laboratório de análises clínicas em cada unidade da federação, incluindo as capitais.”

*NA*

**Leia-se:** “Declaração de que realiza todos os exames laboratoriais de acordo com o rol de procedimentos da ANS, contendo, no mínimo, um posto de laboratório de análises clínicas para atendimento na cidade de Uberaba.”

Na cláusula 8.18.3, **onde se lê:** “Declaração de que possua, por meio de convênio, credenciamento ou na sua rede própria, pelo menos, 1 (uma) Clínica de Diagnóstico por Imagem que atenda aos planos oferecidos, em Minas Gerais.”

**Leia-se:** “Declaração de que possua, por meio de convênio, credenciamento ou na sua rede própria, pelo menos, 1 (uma) Clínica de Diagnóstico por Imagem que atenda na cidade de Uberaba”.

Fica excluída a Cláusula 8.19.

Na cláusula 8.20, **onde se lê:** “Os serviços de urgência e emergência estabelecidos neste Termo de Referência deverão ser prestados 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados, em rede hospitalar, clínicas, consultórios, ambulatórios, laboratórios e centros especializados próprios, credenciados, conveniados, contratados e/ou referenciados.”

**Leia-se:** “Os serviços de urgência e emergência estabelecidos neste Termo de Referência deverão ser prestados 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados, em rede hospitalar próprios, credenciados, conveniados, contratados e/ou referenciados.”

Ficam excluídas as Cláusulas 8.22; 8.22.1; 8.22.2 e 8.22.3.

Ficam excluídas as Cláusulas 8.24 e 8.24.1.



Na cláusula 8.25, **onde se lê:** “8.25. A operadora de plano de assistência a saúde deverá viabilizar a informatização dos dados de identificação do usuário do serviço e domicílio, datas, horários e local de atendimento/prestação dos serviços, possibilitando a verificação da correta utilização do benefício.”

**Leia-se:** “A operadora de plano de assistência à saúde deverá viabilizar a informatização dos dados de identificação do usuário do serviço, possibilitando a verificação da correta utilização do benefício.”

Na cláusula 8.26, **onde se lê:** “Os serviços relacionados neste Termo de Referência deverão ser prestados em todas as capitais, serviços estes definidos no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS, assegurando-se o direito de opção para a migração aos beneficiários (titulares e dependentes) do PLANO ENFERMARIA para o PLANO APARTAMENTO.

**Leia-se:** “8.26. Os serviços relacionados neste Termo de Referência deverão ser prestados em Uberaba/MG, salvo urgência e emergência que se estende a âmbito nacional, assegurando-se o direito de opção para a migração aos beneficiários (titulares e dependentes) do PLANO ENFERMARIA para o PLANO APARTAMENTO.”

Na cláusula 8.29.2, **onde se lê:** “Internações clínicas e cirúrgicas, em quarto individual ou coletivo, sendo o coletivo com no máximo 02 (dois) leitos, caso seja plano enfermaria.”

**Leia-se:** “Internações clínicas e cirúrgicas, em quarto individual ou coletivo.”

Na cláusula 8.29.4, **onde se lê:** “8.29.4. Serviços de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico- hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de alta qualidade, em enfermaria ou apartamento, conforme o caso, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a

internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas da legislação vigente e em conformidade com as especialidades constantes do anexo de Procedimentos Médicos Plano Referência, de que trata a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.”

**Leia-se: “8.29.4.** Serviços de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico- hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, com padrão de alta qualidade, em enfermaria ou apartamento, conforme o caso, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas da legislação vigente e em conformidade com as especialidades constantes do anexo de Procedimentos Médicos Plano Referência, de que trata a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.

Ficam excluídas as Cláusulas 9.1.1, 9.1.9, 9.1.45, 9.1.77, 9.2.1, 9.6.1.

Na cláusula, 9.6.5, **onde se lê:** “O custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital, clínica e centro especializado psiquiátrico, em apartamento ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30% (trinta por cento) do valor do tratamento e 70% (setenta por cento) da operadora de planos de assistência à saúde a ser contratada;”

**Leia-se:** “As internações para tratamento dos transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, intoxicação e

abstinência provocados por alcoolismo e dependência química, ficam sujeitas a coparticipação financeira da contratante de 50% (cinquenta por cento) a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral.”

Ficam excluídas as cláusulas 9.6.8 e 9.7.11.

Ficam excluídas as cláusulas 9.9 a 9.10.

Na cláusula 9.11, **onde se lê:** “Os serviços serão executados pelos estabelecimentos e profissionais, conveniados, contratados e/ou referenciados, credenciados e/ou próprios da operadora a ser contratada, sem quaisquer limites quantitativo e valorativo de consultas e exames complementares, internações em apartamentos ou enfermarias (conforme o tipo de plano), em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e semi-intensiva, com instalações climatizadas por meio de ar-condicionado, uso de aparelhagem especial em casos necessários, ressalvadas apenas as limitações para psiquiatria indicada neste Termo de Referência.”

**Leia-se:** “9.11. Os serviços serão executados pelos estabelecimentos e profissionais, conveniados, contratados e/ou referenciados, credenciados e/ou próprios da operadora a ser contratada, sem quaisquer limites quantitativo e valorativo de consultas e exames complementares, internações em apartamentos ou enfermarias (conforme o tipo de plano), em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e semi-intensiva, com instalações climatizadas por meio de ar-condicionado, uso de aparelhagem especial em casos necessários, ressalvadas apenas as limitações para psiquiatria indicada neste Termo de Referência, bem como as condições de coparticipação”.

Fica excluída a cláusula 10.1.7.

JA



Na cláusula 11.2.1, **onde se lê:** “11.2.1. Entendem-se como dependentes legais, o rol taxativo previsto a seguir: a) cônjuge ou companheiro (a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo; b) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade; c) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente; d) filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho; e) os menores sob tutela ou curatela; e f) Genitores (pai ou mãe) desde que dependentes econômicos.”

**Leia-se:** “11.2.1. Entendem-se como dependentes legais, o rol taxativo previsto a seguir: a) cônjuge ou companheiro (a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo; b) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade; c) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente; d) filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho; e) os menores sob tutela ou curatela; e f) Genitores (pai ou mãe) desde que dependentes econômicos, mediante comprovação da respectiva dependência declarada no IRPF – Imposto de Renda de Pessoa Física do beneficiário titular.”

Na cláusula 11.3, onde se lê:

BENEFICIÁRIO	DOCUMENTOS EXIGIDOS
TITULAR	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- CTPS e Cartão Nacional de Saúde.
ESPOSO (A)	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Certidão de Casamento;
	- Cartão Nacional de Saúde.
	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;

*WA*

<p>COMPANHEIRO (A), SEJA DE RELAÇÕES HOMOAFETIVAS OU NÃO, OBEDECIDOS OS CRITÉRIOS PARA A UNIÃO ESTÁVEL</p>	<p>- Escritura Pública de Convivência Marital (cartório) ou Declaração de União Estável (modelo próprio), acompanhado de, no mínimo, dois documentos abaixo:</p> <p>a) Certidão de casamento religioso;</p> <p>b) Certidão de filho nascido em comum;</p> <p>c) Prova de mesmo domicílio;</p> <p>d) Conta bancária conjunta;</p> <p>e) Declaração do Imposto de Renda (IR) constando relação de dependente (caso o titular seja declarante do IR completa);</p> <p>f) Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;</p> <p>g) Outros.</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde.</p>
<p>FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, SOLTEIROS, MENORES DE 21 ANOS DE IDADE</p>	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 16 (dezesesseis) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde.</p>
<p>FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, SOLTEIROS, A PARTIR DE 21 ANOS E MENORES DE 24 ANOS DE IDADE, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE</p>	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 16 (dezesesseis) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Declaração de Matrícula emitida pela instituição de ensino superior (graduação ou pós-graduação).</p>
<p>FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, MAIORES DE 21 ANOS DE IDADE INCAPACITADOS PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO.</p>	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 16 (dezesesseis) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Laudo de médico assistente declarando a incapacidade permanente para o trabalho.</p>
<p>MENORES SOBRE GUARDA (DEFERIDA NOS TERMOS DA LEI N.º 12.010/2009) TUTELA OU CURATELADOS</p>	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Instrumento Legal de comprovação da concessão da Guarda, Tutela ou Curatela.</p>

*WA*

PAI / MÃE SEM RENDA PRÓPRIA OU QUE POSSUAM RENDA ANUAL ATÉ O LIMITE DISPENSÁVEL PARA DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA, CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA DA RFB.	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Declaração de Dependência Econômica (modelo próprio);
	- Declaração assinada pelo (a)s Genitor/a/es com a informação de que não possui(em) renda própria ou com a informação do valor da renda;
	- RG (não pode ser CNH) do titular;
	- Declaração do Imposto de Renda (IR) constando relação de dependente;
	- Declaração de Beneficiário do INSS, emitido pelo sítio <a href="http://www.meu.inss.gov.br">www.meu.inss.gov.br</a> , com código de autenticidade do documento, informando a existência ou não de benefício em seu CPF;
	- Cartão Nacional de Saúde.

Leia-se:

BENEFICIÁRIO	DOCUMENTOS EXIGIDOS
TITULAR	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência; - CTPS e Cartão Nacional de Saúde.
ESPOSO (A)	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência; - Certidão de Casamento; - Cartão Nacional de Saúde.
COMPANHEIRO (A), SEJA DE RELAÇÕES HOMO-AFETIVAS OU NÃO, OBEDECIDOS OS CRITÉRIOS PARA A UNIÃO ESTÁVEL	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência; - Escritura Pública de Convivência Marital (cartório) ou Declaração de União Estável (modelo próprio), acompanhado de, no mínimo, dois documentos abaixo: a) item excluído. b) Certidão de filho nascido em comum; c) Prova de mesmo domicílio; d) item excluído. e) Declaração do Imposto de Renda (IR) constando relação de dependente (caso o titular

*MP*

**Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba – CODIUB**

📍 Av. Dom Luiz Maria de Santana, 146 – Santa Marta – CEP: 38061-080 – Uberaba - MG de 23

☎ (34) 3319-6900 🌐 [www.codiub.com.br](http://www.codiub.com.br) ✉ [codiub@codiub.com.br](mailto:codiub@codiub.com.br) 📄 CNPJ: 18.597.781/0001-09

	<p>seja declarante do IR completa);</p> <p>f) Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;</p> <p>g) Item excluído.</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde.</p>
FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, SOLTEIROS, MENORES DE 21 ANOS DE IDADE	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde.</p>
FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, SOLTEIROS, A PARTIR DE 21 ANOS E MENORES DE 24 ANOS DE IDADE, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Declaração de Matrícula emitida pela instituição de ensino superior (graduação ou pós-graduação).</p>
FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, MAIORES DE 21 ANOS DE IDADE INCAPACITADOS PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO.	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze) anos de idade;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Laudo de médico assistente declarando a incapacidade permanente para o trabalho.</p>
MENORES SOBRE GUARDA (DEFERIDA NOS TERMOS DA LEI N.º 12.010/2009) TUTELA OU CURATELADOS	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Certidão de Nascimento;</p> <p>- Cartão Nacional de Saúde;</p> <p>- Instrumento Legal de comprovação da concessão da Guarda, Tutela ou Curatela.</p>
PAI / MÃE SEM RENDA	<p>- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;</p> <p>- Item excluído.</p>

WA

PRÓPRIA OU QUE POSSUAM RENDA ANUAL ATÉ O LIMITE DISPENSÁVEL PARA DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA, CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA DA RFB.	- Item excluído.
	- RG (não pode ser CNH) do titular;
	- Declaração do Imposto de Renda (IR) comprovando a relação de dependente;
	- Item excluído.
	- Cartão Nacional de Saúde.

Na cláusula 13.1, **onde se lê:** “A operadora de plano de assistência à saúde, no decorrer da execução do contrato, obriga-se a prestar serviços de assistência à saúde aos beneficiários no local em que a CONTRATANTE exerce sua atividade, ainda, em âmbito nacional (para os casos de urgência e emergência).”

**Leia-se:** “A operadora de plano de assistência à saúde, no decorrer da execução do contrato, obriga-se a prestar serviços de assistência à saúde aos beneficiários no local em que a CONTRATANTE exerce preponderantemente sua atividade (Uberaba/MG), ainda, em âmbito nacional (para os casos de urgência e emergência).”

Fica excluída a cláusula 13.2.

Na cláusula 14.2, **onde se lê:** “14.2. Será disponibilizado(a), no mínimo, um(a) agente de relacionamento empresarial da CONTRATADA, o(a) qual deverá responder questionamentos acerca das movimentações (inclusão/exclusão) de beneficiários, bem como auxiliar na correção das situações apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados em até 48 horas úteis.”

**Leia-se:** “Será disponibilizado(a), no mínimo, um(a) agente de relacionamento empresarial da CONTRATADA, o(a) qual deverá responder questionamentos acerca das movimentações *ds*”

(inclusão/exclusão) de beneficiários, bem como auxiliar na correção das situações apontadas pela CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados em até 3 (três) dias úteis.”

Na cláusula 14.2.1.1.1, **onde se lê:** “14.2.1.1.1. Exclusões em razão de óbito retroagirão à data do ocorrido, mediante apresentação de documento comprobatório por parte da CONTRATANTE, cabendo reembolso dos valores cobrados após a data do falecimento do beneficiário a serem repassados no mês subsequente à solicitação de inativação.”

**Leia-se:** “14.2.1.1.1. Exclusões em razão de óbito serão realizadas após solicitação da Contratante.”

Fica excluída a cláusula 14.2.2.

Nas cláusulas 16.1 e 16.1.1, **onde se lê:** “16.1 - Não serão admitidos quaisquer tipos de carência aos planos previstos neste Termo de Referência aos pedidos de adesão formulados dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da assinatura do contrato.

16.1.1 - Para os pedidos de adesão formulados em prazo superior a 60 (sessenta) dias após a assinatura do contrato serão praticadas carências na forma do quadro abaixo:

GRUPOS DE SERVIÇOS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ELETIVO
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA* E EMERGÊNCIA**	24 HORAS	*****
CONSULTAS EM CONSULTÓRIOS	30 DIAS	30 DIAS
EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS	30 DIAS	30 DIAS
EXAMES BÁSICOS E ESPECIAIS	180 DIAS	180 DIAS
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS BÁSICOS	180 DIAS	180 DIAS
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS ESPECIAIS	180 DIAS	180 DIAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	24 HORAS	180 DIAS

PARTO NORMAL OU CESÁREA	300 DIAS	300 DIAS (Lei nº 9.656/98)
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	24 HORAS	24 MESES

**OBS: CONCEITOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

\* **URGÊNCIA:** Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata / situação que exige uma ação clínica ou cirúrgica imediata, mas que não acarreta perigo de vida. EXEMPLOS: febre alta, hipertensão arterial, fratura fechada, dor intensa, crise asmática. Na urgência, estando o usuário cumprindo CARÊNCIA, a cobertura é restrita às primeiras 12 horas de atendimento ambulatorial.

\*\***EMERGÊNCIA:** Ocorrência imprevista de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato/ situação de iminente risco de vida que exige diagnóstico preciso e ação imediata decisiva. EXEMPLO: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, grande hemorragia, politraumatismo Na emergência, estando o usuário cumprindo CARÊNCIA, a cobertura é restrita às primeiras 12 horas de atendimento ambulatorial.

**Leia-se:**

16.1 - Não serão admitidos quaisquer tipos de carência aos planos previstos neste Termo de Referência aos pedidos de adesão formulados dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do contrato.

16.1.1 - Para os pedidos de adesão formulados em prazo superior a 30 (trinta) dias após assinatura do contrato serão praticadas carências na forma do quadro abaixo:



GRUPOS DE SERVIÇOS	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	ELETIVO
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA* E EMERGÊNCIA**	24 HORAS	*****
CONSULTAS EM CONSULTÓRIOS	*****	30 DIAS
EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS	*****	30 DIAS
EXAMES BÁSICOS E ESPECIAIS	*****	180 DIAS
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS BÁSICOS	*****	180 DIAS
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AMBULATORIAIS ESPECIAIS	*****	180 DIAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	*****	180 DIAS
PARTO NORMAL OU CESÁREA	*****	300 DIAS (Lei nº 9.656/98)
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	*****	24 MESES

**OBS: CONCEITOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**

\* **URGÊNCIA:** Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata / situação que exige uma ação clínica ou cirúrgica imediata, mas que não acarreta perigo de vida. EXEMPLOS: febre alta, hipertensão arterial, fratura fechada, dor intensa, crise asmática. Na urgência, estando o usuário cumprindo CARÊNCIA, a cobertura é restrita às primeiras 12 horas de atendimento ambulatorial.

\*\***EMERGÊNCIA:** Ocorrência imprevista de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato/ situação de iminente risco de vida que exige diagnóstico preciso e ação imediata decisiva. EXEMPLO: infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, grande hemorragia, politraumatismo. Na emergência, estando o usuário cumprindo CARÊNCIA, a cobertura é restrita às primeiras 12 horas de atendimento ambulatorial.

*ds*



Na cláusula 16.3, **onde se lê:** “Para os pedidos de adesão formulados após o prazo definido no item 16.1 deste Termo de Referência, a operadora de plano de assistência à saúde deverá garantir o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de desobrigação total de carência a partir dos eventos a seguir: data de casamento, data da declaração pública de convivência (união estável), data de nascimento de filhos ou, ainda, por adoção na forma da lei, bem como a formalização de possíveis novos contratos de trabalho, posteriormente à data de assinatura do instrumento contratual.”

**Leia-se:** “Para os pedidos de adesão formulados após o prazo definido no item 16.1 deste Termo de Referência, a operadora de plano de assistência à saúde deverá garantir o cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias de desobrigação total de carência a partir dos eventos a seguir: data de casamento, data da declaração pública de convivência (união estável), data de nascimento de filhos ou, ainda, por adoção na forma da lei, bem como a formalização de possíveis novos contratos de trabalho, posteriormente à data de assinatura do instrumento contratual.”

Fica excluída a cláusula 16.6.

Na cláusula 17.3, **onde se lê:** “17.3. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no item 16 deste Termo de Referência, efetuada a adesão do beneficiário ao plano seja qual for, inclusive atendimentos de urgência e emergência decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções vitais do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, da admissão até a alta hospitalar.”

**Leia-se:** “Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no item 16 deste Termo de Referência, efetuada a adesão do beneficiário ao plano seja qual for, inclusive atendimentos de urgência e emergência decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções vitais do beneficiário.”

*JP*

Na cláusula 18.1, **onde se lê:** “Será garantida a remoção do benefício (titular ou dependente) paciente para atendimento de urgência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor pra todos os planos, em ambulância com UTI Móvel, própria ou contratada, o percurso hospital-hospital e residência hospital, durante 24 (vinte e quatro horas), todos os dias da semana, sem limite de quilometragem dos percursos feitos dentro da área de atuação da CODIUB.”

**Leia-se:** “Será garantida a remoção do benefício (titular ou dependente) paciente para atendimento de urgência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor para todos os planos, em ambulância com UTI Móvel, própria ou contratada, o percurso hospital- hospital, hospital-clínica-hospital, durante 24 (vinte e quatro horas), todos os dias da semana, sem limite de quilometragem dos percursos feitos dentro da área do município de Uberaba.”

Fica excluída a cláusula 18.1.1.

Na cláusula 18.2, **onde-se lê:** “18.2. Nos casos de urgência ou emergência, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância com UTI Móvel, dentro da área de atuação da CODIUB, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:”

**Leia-se:** “Nos casos de urgência ou emergência, estará garantida a remoção hospital- hospital, hospital-clínica-hospital, em ambulância com UTI Móvel, dentro da área do município de Uberaba/MG, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:”

Fica excluída a cláusula 18.4.

Fica excluída a cláusula 19 a 19.8.

Fica excluída a cláusula 21.1.

*AD*

Fica excluída a cláusula 23.3.

Na cláusula 25.3, **onde se lê:** “Durante o prazo de vigência do contrato deve-se respeitar o reajuste a cada 12 (doze) meses, com início a partir da data de sua assinatura, na forma estabelecida na Lei nº 13.303/2016, em seu art. 71, assim como, do art. 69 do Regulamento de Licitações e Contratos.”

**Leia-se:** “Durante o prazo de vigência do contrato deve-se respeitar o reajuste a cada 12 (doze) meses, de acordo com o índice IPC-Saúde, com início da contagem dos 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura, na forma estabelecida na Lei nº 13.303/2016, em seu art. 71, assim como, do art. 69 do Regulamento de Licitações e Contratos.”

Fica excluída a cláusula 25.6.

Na cláusula 25.7, **onde se lê:** “25.7. Em casos de reequilíbrio econômico financeiro por situações excepcionais que culminem na revisão contratual, a meta de sinistralidade contratual será de 70% (setenta por cento), calculada para o período de 12 (doze) meses superior a 70% (setenta por cento). Entende-se por sinistralidade a relação entre despesas médicas e as receitas de contraprestação pecuniária do futuro Contrato, conforme abaixo:

ISA = somatório despesas médicas/somatório de receitas de contraprestação pecuniária (faturas)

\*ISA = Índice de Sinistralidade Apurada

**Leia-se:** “O método de cálculo do percentual de reajuste necessário para preservação do equilíbrio contratual é o mesmo para o agrupamento e para contratos coletivos com 30 beneficiários ou mais, e é efetuado conforme as seguintes regras:

- a) Estipula-se para a “Meta de Sinistralidade” o percentual de 75% (setenta e cinco por cento).
- b) Define-se como “Sinistralidade no Período” o percentual calculado através da seguinte fórmula:

JP

% Sinistralidade no Período =  $\frac{\text{Custos Assistenciais no Período}}{\text{Receita no Período}} \times 100$

onde,

Custos Assistenciais no Período: é valor gasto com assistência à saúde dos beneficiários inscritos, descontados os valores das coparticipações;

Receita no Período: é o valor recebido a título de pagamento das mensalidades;

c) Define-se como “reajuste financeiro” para reposição das perdas financeiras do período a variação positiva acumulada do índice IPC-SAÚDE, divulgado pela FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, ou outro índice a ser acordado por escrito entre as partes sendo que, na falta destes, será adotado outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

d) Define-se como “reajuste técnico” o valor calculado através da seguinte fórmula:

Reajuste técnico =  $\frac{\text{sinistralidade no período}}{\text{Meta de sinistralidade}} - 1$

e) O percentual de reajuste a ser aplicado será:

I. Caso o “percentual de sinistralidade no período” seja inferior ou igual à “meta de sinistralidade”, o percentual de reajuste a ser aplicado será igual ao “reajuste financeiro”.

ou

II. Caso o “percentual de sinistralidade no período” seja superior à “meta de sinistralidade”, o percentual de reajuste a ser aplicado será calculado através da seguinte fórmula:

Reajuste =  $(1 + \text{reajuste técnico}) \times (1 + \text{reajuste financeiro}) - 1$

Fica excluída a cláusula 29.1.4.

Na cláusula 30.1.7, **onde se lê**: “Definir produtividade ou capacidade mínima de fornecimento do bem ou execução do serviço por parte da CONTRATADA, com base em pesquisas de mercado, quando aplicável.”

JP

**Leia-se:** “As partes contratantes definirão a produtividade ou capacidade mínima de fornecimento do bem ou execução do serviço, com base em pesquisas de mercado, quando aplicável.”

**ERRATA AO EDITAL DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 006/2024**

Na cláusula 7.2, **onde se lê:** “Todas as certidões deverão estar com prazo de validade vigente na data de sua apresentação.”

**Leia-se:** “Todas as certidões, descritas nas Cláusulas 7.8, 7.9, 7.10, 7.11 e 7.12 do Edital deverão estar com prazo de validade vigente na data de sua apresentação.”

Ficam excluídas as cláusulas 7.12.3 a 7.12.5.

Na cláusula 12.3.1, **onde se lê:** “A atualização monetária será pelo índice acumulado pelo IPCA (IPCA – Planos de Saúde).”

**Leia-se:** “A atualização monetária será pelo índice IPC-SAÚDE.”

**ERRATA A MINUTA DO CONTRATO RELATIVA AO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 006/2024**

Na cláusula 4.1, **onde se lê:** “A CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, fatura de serviços prestados, para liquidação e pagamento da despesa com mensalidades por parte da CONTRATANTE;”

**Leia-se:** “A CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, fatura de serviços prestados, para liquidação e pagamento da despesa com mensalidades e coparticipações por parte da CONTRATANTE;”



Na cláusula 4.5, **onde se lê:** “A CONTRATANTE poderá reter o pagamento de qualquer percentual do valor da fatura mensal, independente da aplicação de penalidades previstas, ou da faculdade de rescisão do contrato, caso a CONTRATADA incorra em faltas que, a critério técnico da CONTRATANTE, prejudiquem a execução dos serviços contratados, até que as mesmas sejam sanadas;”

**Leia-se:** “A CONTRATANTE notificará a CONTRATADA para, no prazo de até 15 (quinze) dias, corrigir e/ou solucionar o problema que se fizer necessário. E caso não seja solucionado neste prazo, a CONTRATANTE poderá reter o pagamento de qualquer percentual do valor da fatura mensal, independente da aplicação de penalidades previstas, ou da faculdade de rescisão do contrato, caso a CONTRATADA incorra em falta que prejudique a execução dos serviços contratados, até que as mesmas sejam sanadas;”

Na cláusula 5.1.1, **onde se lê:** “O valor contratado será reajustado em sua data base pela variação dos últimos 12 (doze) meses de vigência deste instrumento, pelo Índice de Preços ao Consumidor – IPC segmento Saúde, calculado e disponibilizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE;”

**Leia-se:** “O valor contratado será reajustado em sua data base pela variação dos últimos 12 (doze) meses de vigência deste instrumento, pelo IPC-SAÚDE”;

Na cláusula 11.4, **onde se lê:** “O presente contrato poderá ser rescindido mediante comunicação expressa à CONTRATADA com prazo de antecedência de 30 (trinta) dias.”

**Leia-se:** “O presente contrato poderá ser rescindido mutuamente mediante comunicação expressa à outra parte com prazo de antecedência mínima de 30 (trinta) dias.”



Nesta oportunidade incluímos a cláusula 34 no Termo de Referência:

34. **DA COPARTICIPAÇÃO**

34.1 A coparticipação financeira terá incidência sobre as consultas médicas, exames de diagnóstico e terapias, conforme segue:

34.2 - O valor de coparticipação sobre todas as consultas médicas realizadas em **Pronto Socorro** será de **R\$ 35,00 (trinta e cinco reais)** por evento;

34.3 - Sobre os **exames eletivos e terapias**, inclusive em Pronto Socorro, será cobrada coparticipação de **30% (trinta por cento)**, que será calculada sobre a tabela da AMB (Associação Médica Brasileira), limitada ao valor máximo de **R\$ 180,00 (cento oitenta reais)**, por procedimento.

Uberaba/MG, 07 de novembro de 2024.

  
Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - Codiub  
Márcia Araújo Borges  
Pregoeira