

TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO I

1. OBJETO DA CONTRATAÇÃO

1.1 Trata-se de contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere planos de assistência à saúde, para prestação de serviços especializados em assistência à saúde incluindo rede hospitalar, clínicas, consultórios, ambulatórios, laboratórios e demais pertinentes, inclusive na realização de exames complementares, os quais serão prestados aos usuários indicados pela Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - CODIUB do quadro permanente, (aposentados e demitidos – art. 30 e 31 da lei 9.656/1998), empregados, diretores, nomeados e seus dependentes doravante denominados beneficiários titulares e beneficiários dependentes, estimados em 120 (cento e vinte) usuários beneficiários, compreendendo o atendimento de urgência e emergência em âmbito nacional, conforme Termo de Referência.

2. DESCRIÇÃO DO OBJETO DA CONTRATAÇÃO

2.1 Os serviços serão contratados por preço previamente determinado na forma per capita, conforme disciplinado pela Lei nº 9.656/98 e demais normas pertinentes à espécie e, ainda, de acordo com os procedimentos determinados pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, especificamente por meio da Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 e seus anexos e demais serviços e especificações previstas neste Termo de Referência, tendo como critério de avaliação o **menor valor global (na forma per capita, considerando as 10 faixas etárias)**, em valores na moeda corrente, descrito na proposta da operadora a ser contratada, a fim de atender às necessidades da Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - Codiub, de acordo com as condições destas especificações e demais constantes.

2.2 Deverão ser ofertados pelas interessadas, 02 (dois) tipos de acomodações, com valores

Codiub - Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba
Avenida Dom Luiz Maria de Santana, 146 - Santa Marta - CEP 38061-080
Uberaba - MG (34)3319-6900

variáveis de acordo com as faixas etárias, nas condições a seguir expostas:

2.2.1 A) Acomodação - Enfermaria – ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – Isenção total de carência na primeira adesão na forma estabelecida no item 15.1 – o beneficiário será integrado ao plano em até 72 horas úteis após seu pedido de adesão e terá direito à cobertura total do plano conforme especificações e condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS e;

2.2.2 B) Acomodação - Plano Apartamento – ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, isenção total de carência na primeira adesão na forma estabelecida no item 15.1 – o beneficiário será integrado ao plano em até 72 horas úteis após seu pedido de adesão e terá direito à cobertura total do plano conforme especificações e condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS.

2.3 Em se tratando de internação em enfermaria, conterà, 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.

3. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO

3.1 Cumprir a Cláusula de Assistência à Saúde da Convenção Coletiva de Trabalho – CCT vigente, firmado entre a Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - CODIUB e o Sindicato dos Empregados, denominado SINDADOS.

3.2 Utiliza-se ainda como referência e fundamentação legal, a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, a Resolução nº 1785/06 e 2.293/21 do Conselho Federal de Medicina, na CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na Resolução Normativa – RN nº 465/21 – ANS e suas alterações posteriores, Resolução n 36/22 –

CGPAR, Resolução nº 23/2018 - CGPAR, bem como a Lei nº 13.303/2016 e Decreto 10.024/19 e alterações e demais pertinentes.

3.3 Assim, oferecer um plano de saúde adequado aos empregados além de contribuir para a preservação da saúde de seus empregados, é um incentivo a mais na manutenção da motivação e comprometimento de seu quadro de empregados, além de minimizar os fatores de riscos, que podem levar o empregado ao absenteísmo.

3.4 A contratação deve observar as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde Divulgados pela ANS, que nessa data encontra-se disciplinado na Resolução Normativa – RN nº 465/21, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

4. DEFINIÇÕES

4.1 USUÁRIOS – Os Inscritos no plano de assistência à saúde na condição de beneficiários: titulares e dependentes.

4.2 BENEFICIÁRIO TITULAR – empregados ativos do quadro permanente, empregados extraquadro, empregados requisitados, cedidos e diretores.

4.3 BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES – Serão considerados beneficiários dependentes para efeitos deste Termo de Referência, nos termos da Cláusula de Assistência à Saúde do Acordo Coletivo de Trabalho – ACT vigente, os abaixo indicados:

4.3.1 - cônjuge ou companheiro(a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo;

4.3.2 - filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade;

4.3.3 - filhos, incluídos os adotivos ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;

4.3.4 - filhos, incluídos os adotivos ou enteado solteiros maiores de vinte um anos incapacitados permanentemente para o trabalho;

4.3.5 - os menores sob tutela ou curatela; e

4.3.6 - 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

4.4 MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR – Valor a ser estabelecido para pagamento pelo beneficiário titular quando do preenchimento do termo de adesão ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial.

4.5 MENSALIDADE DOS DEPENDENTES – Será de responsabilidade do beneficiário titular o custeio do valor de mensalidade dos dependentes ou agregados, inscritos no plano de mesma modalidade do titular. O valor da Coparticipação deverá ser cobrado integralmente do beneficiário titular, não cabendo qualquer responsabilidade deste pagamento à CODIUB. Os valores devidos, referente aos dependentes e agregados, serão cobrados através de boleto bancário e encaminhados em nome do beneficiário titular do plano;

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

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

4.8 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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

4.10 PARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO – Parcela de contribuição do empregado no custeio do plano de saúde.

4.11 CARÊNCIA – É o tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano

de assistência à saúde em um determinado procedimento, observado os regramentos da ANS.

5. METODOLOGIA

5.1 A presente contratação será realizada por meio de processo licitatório na modalidade Pregão, na forma eletrônica, do TIPO MENOR PREÇO GLOBAL, conforme os dispositivos legais, notadamente as Lei nº 13.303/2016 e demais legislações pertinentes.

5.2 Os serviços referenciados neste instrumento enquadram-se na modalidade de bens e serviços comuns para fins de Pregão Eletrônico, cujo padrão de desempenho e qualidade pode ser objetivamente definido no edital e anexo, por meio de especificações usuais de mercado, conforme a Lei 13.303/16.

5.3 A metodologia aplicada para a realização do trabalho será com base nas especificações técnicas dispostas no Termo de Referência que possibilitem a efetiva execução objeto da contratação.

6. NORMA REGULAMENTARES

6.1 Os beneficiários que farão parte do contrato ficam sujeitos ao Regimento Interno da CONTRATADA quando em suas dependências, inclusive, no que se refere às normas gerais de disciplina interna, não sendo de responsabilidade do CONTRATANTE qualquer ocorrência decorrente de sua inobservância.

7. DO SERVIÇO A SER EXECUTADO

7.1 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 15 e seus subitens.

7.2 A adesão geral do beneficiário titular e consigo seus beneficiários dependentes será no

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE TIPO ENFERMARIA, sendo que, caso opte por aderir ao PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE TIPO APARTAMENTO, o mesmo arcará com a diferença de valores entre os planos.

7.3 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.

7.4 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 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.

7.5 As autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer aos prazos máximos estabelecidos pela RN 566, de 29 de dezembro de 2022.

7.6 Nos casos de atendimento de urgência e/ou emergência, a unidade hospitalar ou equivalente deverá dispor de equipamentos adequados, remédios específicos e equipe com especialistas devidamente treinados.

7.7 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.

7.8 A Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - CODIUB será a única responsável pelo adimplemento dos valores de contribuição dos beneficiários titulares, ou seja, a empresa somente emitirá fatura com valores correspondentes ao número de adesões (beneficiários), não sendo admitidos acréscimos de valores e/ou taxas adicionais de nenhum tipo.

7.9 Serviços adicionais que forem ofertados pela operadora a ser contratada NÃO poderão ter nenhum tipo de cobrança de taxa ou contribuição a mais pelos mesmos.

7.10 O critério de avaliação para o presente Termo de Referência será a proposta com o **menor valor global (na forma per capita, considerando as 10 faixas etárias)** na forma estabelecida no item 8.8. Portanto, este será o critério de seleção e avaliação da proposta mais vantajosa para a Administração, sendo vencedor o licitante que apresentar a proposta de acordo com as especificações do Edital.

7.11 Os serviços estabelecidos neste Termo de Referência atenderão a todos os beneficiários da CODIUB, nas condições aqui estabelecidas e conforme definições aprovadas pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos – CNCC e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

7.12 TOTAL ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS: 120 (cento e vinte) beneficiários (titulares e dependentes) e extraquadro (aposentados) – art. 30 e 31 da Lei 9656/1998), considerando aqui, o universo dos beneficiários que estavam cadastrados no plano em setembro/2024, bem como projetando a adesão de possíveis dependentes.

7.13 A operadora de plano de assistência à saúde a ser contratada deverá garantir a execução de todos os itens de procedimentos da Resolução Normativa 465/2021 da ANS e suas atualizações, exames e condições estabelecidas no ROL DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DA ANS, bem como a todas as suas atualizações, inclusões e alterações posteriores, devidamente autorizadas pela ANS, e demais condições previstas neste Termo de Referência e nos demais anexos do edital, excluídos os de ordem exclusivamente odontológica.

7.14 Os procedimentos, consultas, exames e demais condições previstas neste Termo de Referência não poderão ter limite máximo para atendimento e, em mesmo sentido, não poderão ter limite quantitativo de atendimentos nem mínimos e nem máximos na quantidade de atendimentos na forma per capita, exceto quando tratar-se das restrições estipuladas pelo Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS.

7.15 A operadora de plano de assistência à saúde a ser contratada deverá possuir cobertura de atendimento a casos de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia, em todas as capitais do território nacional, e suficientes para cumprimento do previsto no item 8.18.1 descrito abaixo, em caráter de admissibilidade da proposta ao momento da licitação.

7.16 Declaração com relação nominal de Hospitais Gerais, Clínicas e estabelecimentos credenciados aos planos oferecidos, com os respectivos endereços, sendo, no mínimo, um em cada capital da federação, que atuem como hospital geral, com atendimento 24 horas por dia; atendendo, no mínimo, nas especialidades de clínica médica, ginecologia-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral.

7.17 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.

7.18 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.

7.19 Apresentação de 01 (um) ou mais Atestados de Capacidade Técnica fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove a aptidão da licitante para prestar serviço pertinente e compatível em características, e considerando 50% da quantidade de vidas estimadas neste Termo de Referência.

7.20 Certidão emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, contemplando o número de registro de funcionamento da licitante, conforme Resolução Normativa da ANS – RN nº 85/2004.

7.21 Para fins do disposto neste item, considera-se característica e quantidade similar ao objeto desta licitação a prestação dos serviços para uma quantidade de usuários de, no mínimo, 50% da quantidade prevista nesta licitação.

7.22 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.

7.23 A prestação dos serviços 24 horas por dia, todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados, deverá incluir os casos de urgência e emergência nos municípios e capitais polos/sede da CONTRATANTE e nas demais cidades e capitais brasileiras necessárias para atendimento do item 7.16 e seguintes deste Termo de Referência.

7.24 Os serviços ora licitados na forma estabelecida neste Termo de Referência deverão ser totais, já inclusos todos os respectivos custos, bem como toda e qualquer taxa, impostos e

honorários profissionais, inclusive despesas com pessoal, não havendo qualquer responsabilidade tributária, trabalhista, previdenciária e de qualquer outra espécie a ser repassada à Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - Codiub e seus beneficiários (titulares e dependentes).

7.25 Ficam sob inteira responsabilidade da CONTRATADA as despesas diretas e indiretas, tais como transporte, salário, alimentação, diárias, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciárias e de ordem de classe, indenizações cíveis e quaisquer outras que forem devidas aos empregados e prestadores de serviços da operadora de plano de assistência à saúde e profissionais conveniados, credenciados, contratados e/ou referenciados junto à mesma, no desempenho dos serviços objeto deste Termo, não havendo qualquer vínculo empregatício dos mesmos junto à Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - Codiub.

7.26 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.

7.27 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.

7.28 Dentre os procedimentos previstos neste Termo de Referência, a CONTRATADA obriga-se a assegurar aos beneficiários e seus dependentes legais, regularmente inscritos, todos os serviços aqui descritos e relacionados.

7.29 A operadora de plano de assistência à saúde a ser contratada não poderá cobrar taxa ou qualquer valor adicional pela emissão da primeira e segunda via dos cartões digitais de utilização de serviços, ficando a critério da operadora a ser contratada cobrança de valor, a partir da emissão de terceira via.

7.30 A remuneração de profissionais que atendem pacientes com necessidades especiais não será responsabilidade da Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - CODIUB, visto que obedecerão às mesmas condições previstas neste Termo de Referência.

7.31 A operadora de plano de assistência à saúde deverá garantir e cobrir, ainda, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços a seguir relacionados, que venham ser

executados por empresas e profissionais prestadores de serviços contratados e as respectivas redes credenciadas:

7.32 Consultas médicas e atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, por intermédio de rede própria, credenciada, contratada e/ou referenciada;

Internações clínicas e cirúrgicas, em quarto individual ou coletivo

7.33 Serviços médicos auxiliares ainda não previstos que possam surgir com o desenvolvimento da medicina e que venham ser admitidos pelo Conselho Federal de Medicina, reconhecidos pela ANS e Ministério da Saúde;

7.34 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.

8. PROCEDIMENTOS GERAIS

8.1 A operadora de plano de assistência à saúde cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos previstos no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS vigente, incluindo-se os procedimentos abaixo listados, e relacionados às doenças listadas no CID-10 (conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde).

8.1.1 Tomografia de Coerência Ótica – OCT, limitado as diretrizes previstas no Rol de procedimentos da ANS e procedimento de auditoria médica da Operadora.

8.1.2 Cobertura completa sobre todos os tipos de cirurgia reparadora pós bariátrica, independentemente de a cirurgia haver sido realizada durante a vigência contratual com a

operadora a ser contratada;

8.1.3 Acupuntura.

8.1.4 Alergia e Imunologia (Adulto e Pediátrico).

8.1.5 Anestesiologia.

8.1.6 Angiologia.

8.1.7 Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular.

8.1.8 Cancerologia ou Oncologia.

8.1.9 Cardiologia Pediátrica.

8.1.10 Cirurgias Cardiovasculares.

8.1.11 Cirurgias Crânio-maxilo-facial.

8.1.12 Cirurgias da coluna.

8.1.13 Cirurgias da mão.

8.1.14 Cirurgias de Cabeça e Pescoço.

8.1.15 Cirurgias Dermatológicas.

8.1.16 Cirurgias Pediátricas.

8.1.17 Cirurgias do Aparelho Digestivo.

8.1.18 Cirurgias do Trauma.

8.1.19 Cirurgia Geral.

8.1.20 Cirurgias Plásticas para fins não exclusivamente estéticos.

8.1.21 Cirurgia Torácica.

8.1.22 Cirurgia Vascular.

8.1.23 Cirurgia Videolaparoscópica.

8.1.24 Citopatologia.

8.1.25 Clínica Médica.

8.1.26 Coloproctologia.

8.1.27 Cosmiatria.

8.1.28 Cirurgia Dor.

8.1.29 Densimetria Óssea.

8.1.30 Dermatologia.

8.1.31 Dor (Algologia).

- 8.1.32** Ecocardiografia.
- 8.1.33** Ecografia Vascular com Doppler.
- 8.1.34** Eletrofisiologia Clínica Invasiva.
- 8.1.35** Endocrinologia e Metabologia.
- 8.1.36** Endocrinologia Pediátrica.
- 8.1.37** Endoscopia Ginecológica.
- 8.1.38** Endoscopia Respiratória.
- 8.1.39** Ergometria.
- 8.1.40** Foniatria.
- 8.1.41** Gastroenterologia.
- 8.1.42** Gastroenterologia Pediátrica.
- 8.1.43** Geriatria e Gerontologia.
- 8.1.44** Ginecologia e Obstetrícia.
- 8.1.45** Hansenologia.
- 8.1.46** Hematologia e Hemoterapia.
- 8.1.47** Hematologia e Hemoterapia Pediátrica.
- 8.1.48** Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.
- 8.1.49** Hepatologia.
- 8.1.50** Homeopatia.
- 8.1.51** Infectologia.
- 8.1.52** Infectologia Hospitalar.
- 8.1.53** Infectologia Pediátrica.
- 8.1.54** Mamografia.
- 8.1.55** Mastologia.
- 8.1.56** Medicina de Urgência.
- 8.1.57** Medicina do Adolescente.
- 8.1.58** Medicina Fetal.
- 8.1.59** Medicina Física e Reabilitação.
- 8.1.60** Medicina Intensiva.
- 8.1.61** Medicina Intensiva Pediátrica.

- 8.1.62** Medicina Nuclear.
- 8.1.63** Nefrologia.
- 8.1.64** Nefrologia Pediátrica.
- 8.1.65** Neonatologia.
- 8.1.66** Neurocirurgia.
- 8.1.67** Neurofisiologia Clínica.
- 8.1.68** Neurologia.
- 8.1.69** Neurologia Pediátrica.
- 8.1.70** Neurorradiologia.
- 8.1.71** Nutrição Parenteral e Enteral.
- 8.1.72** Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica.
- 8.1.73** Nutrologia.
- 8.1.74** Oftalmologia.
- 8.1.75** Ortopedia e Traumatologia
- 8.1.76** Otorrinolaringologia.
- 8.1.77** Patologia.
- 8.1.78** Patologia Clínica / Medicina Laboratorial.
- 8.1.79** Pediatria.
- 8.1.80** Pneumologia e Tisiologia.
- 8.1.81** Pneumologia Pediátrica.
- 8.1.82** Psicologia.
- 8.1.83** Psicoterapia.
- 8.1.84** Psiquiatria.
- 8.1.85** Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- 8.1.86** Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 8.1.87** Radioterapia.
- 8.1.88** Reprodução Humana.
- 8.1.89** Reumatologia.
- 8.1.90** Reumatologia Pediátrica.
- 8.1.91** Transplante de Medula Óssea.

8.1.92 Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia.

8.1.93 Urologia.

8.2 Além das condições e procedimentos já definidos neste Termo de Referência, independentemente de já mencionados ou não, a operadora de planos de assistência à saúde a ser contratada deverá garantir em conformidade com o Rol de Procedimentos e diretrizes da RN 465 e suas alterações pela ANS:

8.2.1 Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent;

8.2.2 Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 ou mais vasos);

8.2.3 Cintilografia do miocárdio perfusão – repouso e estresse;

8.2.4 Holter de 24 horas – 2 ou mais canais – analógico ou digital;

8.2.5 Ecodopplercardiograma transtorácico;

8.2.6 Laqueadura em caso de patologia materna em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios estabelecidos na Instrução Normativa – IN nº 25 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO;

8.2.7 Cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), quando preenchidos todos os critérios estabelecidos na Instrução Normativa – IN nº 25 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996;

8.2.8 Consultas e/ou sessões com Nutricionista, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Psicoterapia nos limites e critérios estabelecidos na Instrução Normativa – IN nº 25 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

8.3 A cobertura abrangerá, ainda, os procedimentos abaixo relacionados, constantes do Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS, com as respectivas indicações de técnica:

8.3.1 Colectomia com ou sem colangiografia por videolaparoscopia;

8.3.2 Ressecção endoscópica da próstata;

8.4 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS e demais previstos neste Termo de Referência, observando as seguintes coberturas:

8.4.1 Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

8.4.2 Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

8.4.3 Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 horas, conforme Resolução CONSU sobre os casos de urgência e emergência;

8.4.4 Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados e na forma estabelecida na Resolução do CONSU nº 10/1998:

8.4.4.1 Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

8.4.4.2 Quimioterapia ambulatorial;

8.4.4.3 Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);

8.4.4.4 Hemoterapia ambulatorial;

8.4.4.5 Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.5 Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS:

8.5.1 Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

8.5.2 Quimioterapia;

8.5.3 Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;

8.5.4 Hemoterapia;

8.5.5 Nutrição enteral e parenteral;

8.5.6 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

8.5.7 Embolizações e radiologia intervencionista;

8.5.8 Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

8.5.9 Fisioterapia;

8.5.10 Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de

córnea e rim exceto medicação de manutenção;

8.5.11 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

8.6 Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, abrangendo:

8.6.1 Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato, não cumulativas, conforme alínea b do inciso I do Art. 2º. Da Resolução CONSU nº 11/98;

8.6.2 Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente,

8.6.3 O custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital ou clínica, geral ou especializado, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

8.6.4 As internações para tratamento dos transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, 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.

8.6.5 O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral ou clínica especializada, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

8.6.6 custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de

contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral ou clínica especializada, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação, com coparticipação 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.

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

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

8.6.6.2 - 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.

8.6.7 Estarão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto- infringidas.

8.7 Cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS e demais previstos neste Termo de Referência, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

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

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

8.7.2 Diária de internação hospitalar;

8.7.3 Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

8.7.4 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;

8.7.5 Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

8.7.6 Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário na forma estabelecida no item 1 e seguintes, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

8.7.7 Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

8.7.8 Cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

8.7.9 Órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

8.7.10 Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário (titular ou dependente), independentemente da inscrição prévia do mesmo em algum tipo de plano e de quaisquer limitações durante os primeiros 30 (trinta) dias. O atendimento, neste caso, dar-se-á com a apresentação do dispositivo de identificação de quaisquer dos genitores cadastrados no sistema da operadora.

8.8 Deverá ser garantida a cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

8.8.1 Despesas assistenciais com doadores vivos;

8.8.2 Medicamentos utilizados durante a internação;

8.8.3 Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

8.8.4 Despesas com captação, transporte e preservação de órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS;

8.8.5 O beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, conforme legislação específica, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução Normativa da ANS nº. 211/2010;

8.8.6 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, credenciados, contratados e/ou referenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;

8.8.7. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, credenciados, contratados e/ou referenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora;

8.8.8. É obrigatória à operadora a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora, moléstias profissionais, assim como procedimentos não relacionados com a saúde ocupacional em relação aos beneficiários titulares (empregados).

8.9 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.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e neste Termo de

Referência, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Termo e os provenientes de:

9.1.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

9.1.2 Órteses, próteses e procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos se não previstos neste Termo de Referência;

9.1.3 Cirurgia plástica estética de qualquer natureza se não previstas neste Termo de Referência;

9.1.4 Inseminação artificial;

9.1.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

9.1.6 Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

9.1.7 Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;

9.1.8 Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

9.1.9 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

9.1.10 Aplicação de vacinas preventivas;

9.1.11 Procedimentos não discriminados neste Termo e não previstos no Rol de Inclusões de

9.1.12 Procedimentos da ANS e suas atualizações;

9.1.13 Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

9.1.14 Aparelhos ortopédicos;

9.1.15 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

9.1.16 Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

9.1.17 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

9.1.18 Exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes.

10. BENEFICIÁRIOS E ESTIMATIVAS DE PREÇOS DA CONTRATAÇÃO

10.1 BENEFICIÁRIOS TITULARES: Serão considerados beneficiários titulares os empregados da Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba - Codiub conforme definido no item 4.2 deste Termo.

10.2 BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES: Serão considerados beneficiários dependentes aqueles regulamentados pelo Acordo Coletivo de Trabalho vigente, os quais deverão apresentar os documentos definidos na tabela indicada no item 10.2.2.

10.2.1 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.

10.2.2

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;

COMPANHEIRO (A), SEJA DE RELAÇÕES HOMO-AFETIVAS OU NÃO, OBEDECIDOS OS CRITÉRIOS PARA A UNIÃO ESTÁVEL.	- 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 seja declarante do IR completa);
	f) Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;
	g) Item excluído.
FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, SOLTEIROS, MENORES DE 21 ANOS DE IDADE.	- Cartão Nacional de Saúde.
	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Certidão de Nascimento;
	- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze) anos de idade;
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.	- Cartão Nacional de Saúde.
	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Certidão de Nascimento;
	- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze) anos de idade;
	- Declaração de Matrícula emitida pela instituição de ensino superior (graduação ou pós-graduação).
	- Cartão Nacional de Saúde;
FILHOS (AS), INCLUÍDOS OS ADOTIVOS E ENTIADOS, MAIORES DE 21 ANOS DE IDADE	- Declaração de Matrícula emitida pela instituição de ensino superior (graduação ou pós-graduação).
	- Carteira de Identidade – beneficiário a partir de 12 (doze)
	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;

INCAPACITADOS PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO.	anos de idade;
	- Cartão Nacional de Saúde;
	-Laudo de médico assistente declarando a incapacidade permanente para o trabalho.
MENORES SOBRE GUARDA (DEFERIDA NOS TERMOS DA LEI N.º 12.010/2009) TUTELA OU CURATELADOS.	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Certidão de Nascimento;
	- Cartão Nacional de Saúde;
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.	- Instrumento Legal de comprovação da concessão da Guarda, Tutela ou Curatela.
	- RG (não pode ser CNH), CPF e Comprovante de Residência;
	- Item excluído.
	- 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.	

10.3 QUADROS RESUMO DOS BENEFICIÁRIOS (empregados ativos do quadro permanente, empregados extra quadro (aposentados e demitidos – art. 30 e 31 da Lei 9656/1998), empregados requisitados, cedidos e seus dependentes), POR FAIXA ETÁRIA, QUE UTILIZAM ATUALMENTE O PLANO DE SAÚDE. QUANTITATIVO DE EMPREGADOS DA CODIUB E DEPENDENTES LEGAIS (ESTIMADO) – DADOS DE SETEMBRO/2024.

10.4 A ESTIMATIVA DE PREÇOS DA CONTRATAÇÃO do serviço a ser licitado, de acordo com pesquisa de preço efetuada ([Painel de Preços](#)), correspondem aos montantes indicados na tabela abaixo:

VALORES ESTIMADOS			
Descrição da Faixa	Enfermaria		
	Qtd. Beneficiários Titulares e Dependentes	Valor Mensalidade	Valor Total 60 meses
De 0 a 18 anos	10	R\$ 156,04	R\$ 93.627,60
De 19 a 23 anos	13	R\$ 179,44	R\$ 139.963,20
De 24 a 28 anos	16	R\$ 206,37	R\$ 198.116,16
De 29 a 33 anos	4	R\$ 237,31	R\$ 56.954,40
De 34 a 38 anos	12	R\$ 272,93	R\$ 196.509,60
De 39 a 43 anos	9	R\$ 313,85	R\$ 169.479,00
De 44 a 48 anos	6	R\$ 382,91	R\$ 137.847,60
De 49 a 53 anos	15	R\$ 497,79	R\$ 448.011,00
De 54 a 58 anos	4	R\$ 647,13	R\$ 155.311,20
Acima de 59 anos	31	R\$ 935,69	R\$ 1.740.388,98
TOTAL	120		R\$ 3.336.208,74

11. LIVRE ESCOLHA

11.1 Será facultado aos beneficiários titulares da CONTRATANTE, por sua livre opção de escolha, ingressar em qualquer dos planos ofertados pela CONTRATADA, desde que, em caso de escolha pelo PLANO APARTAMENTO, arque com a diferença de valor entre os planos, conforme discriminação a seguir:

11.1.1 I. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ENFERMARIA ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: Isenção total de carência na primeira adesão na forma estabelecida no item 15.1 – O beneficiário será integrado ao plano em até 72 horas

Codiub - Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba
Avenida Dom Luiz Maria de Santana, 146 - Santa Marta - CEP 38061-080
Uberaba - MG (34)3319-6900

úteis após seu pedido de adesão e terá direito à cobertura total do plano conforme especificações e condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da NS, relativos à área médica; e

11.1.2 II. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: APARTAMENTO ASSISTÊNCIA À SAÚDE AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA: Isenção total de carência na primeira adesão na forma estabelecida no item 16.1 – O beneficiário será integrado ao plano em até 72 horas úteis após seu pedido de adesão e terá direito à cobertura total do plano conforme especificações e condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Rol de Inclusões de Procedimentos de Saúde da ANS, relativos à área médica.

12. LOCAIS DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 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).

13. ATENDIMENTO/MOVIMENTAÇÃO

13.1 O atendimento aos beneficiários será prestado pela operadora contratada, por meio de toda a sua rede, serviços, estabelecimentos, hospitais, clínicas, centros especializados, laboratórios, ambulatórios e consultórios, próprios, conveniados, credenciados, contratados e/ou referenciados e demais pertinentes, mediante apresentação do dispositivo de identificação fornecido pela contratada.

13.2. 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 3 (três) dias úteis.

13.3 A inclusão ou exclusão facultativa de beneficiários deverá ser solicitada por empregado da

CODIUB responsável pelo cadastramento, sem limitação mínima, mediante uso de senha com nível de acesso ao sistemaweb da operadora com permissão.

13.4 Exclusões em razão de óbito serão realizadas após solicitação da Contratante.

14. REDE DE ATENDIMENTO

14.1 A operadora de plano de assistência à saúde deverá garantir a prestação dos serviços em toda a sua rede de atendimento, estabelecimentos, hospitais, clínicas, centros especializados, laboratórios, ambulatorios, consultórios próprios, conveniados, credenciados, contratados e/ou referenciado e demais pertinentes, conforme as exigências estabelecidas no edital e neste Termo de Referência para todos os serviços aqui estabelecidos.

14.2 O beneficiário poderá marcar diretamente com o estabelecimento e/ou profissional próprio, credenciado, conveniado, contratado e/ou referenciado, as consultas e procedimentos, apresentando, por ocasião dos mesmos, o dispositivo de identificação do beneficiário, juntamente com documento oficial de identidade, assinando uma única vez a planilha de consulta e/ou atendimento, incluindo-se todos os procedimentos que tenham sido necessários.

15. CARÊNCIA

15.1. 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.

15.1.1. 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	24 HORAS	*****

EMERGÊNCIA**		
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.

15.2. CARÊNCIA: Para os casos de desistência da continuidade da primeira adesão e formulação de novos pedidos de adesão serão praticadas carências, na forma do quadro constante do item 15.

15.3 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.

15.4. Aos beneficiários, titulares e dependentes, serão garantidos os prazos de atendimento especificados na RN 566/2022, dentro das áreas de abrangência e de atuação do plano de saúde contratado.

15.5. Em se tratando de casos de urgência e emergência, deverá ser garantido o atendimento aos usuários beneficiários da CODIUB (titulares e seus dependentes), no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas depois de formulado o pedido de adesão no sistema web da operadora.

15.6 DAS DOENÇAS E LESOES PRE EXISTENTES

15.6.1. Os beneficiários do plano de assistência à saúde, quando aderirem ao plano, após o prazo de isenção de carência previsto no item 16.1, deverão, obrigatoriamente, preencher declaração de saúde inclusive de seus dependentes, na qualidade de representante legal destes, conhecimento de DLP – Doença ou Lesão Preexistente, à época da assinatura da adesão contratual.

15.6.2. As doenças e lesões preexistentes são definidas como aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação e/ou adesão ao plano.

15.6.3. As doenças declaradas na Declaração de Saúde estarão sujeitas ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano, da cobertura para procedimento de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente as doenças ou lesões preexistentes declaradas.

15.6.4 A operadora poderá oferecer CPT para doença (s) ou lesão (ões) que possa (m) gerar necessidade de eventos cirúrgicos, usos de leitos de alta tecnologia, e de procedimentos de alta complexidade, constatadas por perícia ou por entrevista qualificada ou através de declaração

expressa do beneficiário, inclusive em relação a seu (s) eventual (is) dependentes, conforme disposto no artigo 6º, §1º, da RN nº. 167/2007 (e outras que a atualizarem).

15.6.5. À operadora/seguradora será facultado ofertar agravo ao usuário.

16. URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

16.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal, de trabalho ou de complicação no processo da gestação.

16.2 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.

16.3 Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no item 15 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.

16.4 Para os casos de urgência/emergência os beneficiários poderão buscar pronto atendimento na rede própria ou credenciada mais próxima, munido do cartão ou dispositivo de identificação individual fornecido pela operadora/seguradora, juntamente com o documento oficial de identificação.

16.5 Manter os serviços de urgência/emergência funcionando durante toda a semana, 24 (vinte quatro) horas por dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, conforme consta neste Termo de Referência no item Urgência e Emergência, garantindo-se sua execução imediatamente depois de efetuado o cadastro do usuário no sistema da operadora, na forma estabelecida no item 8 e demais pertinentes deste Termo.

17 REMOÇÃO

17.1 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.

17.2 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:

17.2.1 Quando não possa haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

17.2.2 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade não pertencentes ao quadro próprio, credenciado ou conveniado da operadora de plano de assistência à saúde, a mesma estará desobrigada de responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

17.3 Nos casos de urgência e emergência em que o beneficiário tiver cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas e ainda estiver cumprindo o prazo de carência para internação, devido sua adesão ter ocorrido após o prazo para internação estabelecido no item 15.1 deste Termo de Referência, será garantido ao paciente remoção do percurso hospital-hospital quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação após o atendimento ambulatorial, o qual é limitado, conforme Parágrafo Único do Art.2º da Resolução CONSU nº13/98 (e suas alterações), até as primeiras 12 (doze) horas, observando-se as seguintes situações:

17.3.1 Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desse ônus;

17.3.2 Caberá a operadora de plano de assistência à saúde e ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

17.3.3 A operadora de plano de assistência à saúde deverá disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade que o receber;

17.3.4 A operadora vencedora do certame deverá garantir atendimentos nas urgências e emergências, a todos os optantes dos planos que estejam cumprindo prazo de carência, até o momento da caracterização da necessidade da internação, cabendo à operadora do plano de assistência à saúde providenciar a remoção para unidade hospitalar que atende às expensas do SUS. Na impossibilidade de remoção, devido a risco de morte, o próprio ou seu responsável deverá negociar as bases do atendimento diretamente com o prestador de serviço.

18 MECANISMO DE REGULAÇÃO

18.1 O beneficiário poderá utilizar-se dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com os serviços previstos neste Termo de Referência, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

18.2 Ao utilizar a rede própria, credenciada, conveniada, contratada e/ou referenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao prestador do serviço, em nome e por conta do beneficiário. A lista de estabelecimentos (clínicas, centros especializados, laboratórios, ambulatórios e prestadores de serviço) deverá ser atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.

18.3 A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto no item 8.5 e seguintes deste Termo de Referência, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos aos usuários da CODIUB e seus dependentes.

18.4 Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador nos prazos máximos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde.

18.5 A operadora reserva-se ao 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.

18.6 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação à CONTRATANTE, 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.

18.7 Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário(s), será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a(s) internação(ões) 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.

18.8 No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução, é necessária autorização expressada ANS, conforme § 4º do Art. 17 da Lei 9656/2008.

18.9 Na hipótese do 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 hospital e a equipe médica.

18.10 As marcações de consultas, de exames e de quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, inclusive as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até 05 (cinco) anos de idade.

19 DOS BENEFICIÁRIOS E DA IGUALDADE DE ATENDIMENTO

19.1 Os serviços abrangidos por este Termo de Referência serão prestados aos beneficiários da CONTRATANTE em condições técnicas e éticas iguais às dispensadas aos demais usuários atendidos pelo contratado, sob pena de rescisão contratual e demais sanções cabíveis.

19.2 Para os efeitos deste Termo, consideram-se beneficiários todos os que preencherem os requisitos previstos nos item 11 e seus subitens.

19.3 Para fins de atendimento, os beneficiários deverão dirigir-se diretamente aos serviços próprios, credenciados, contratados e/ou referenciados da CONTRATADA, perante a qual

Codiub - Companhia de Desenvolvimento de Informática de Uberaba
Avenida Dom Luiz Maria de Santana, 146 - Santa Marta - CEP 38061-080
Uberaba - MG (34)3319-6900

se identificarão com documentação fornecida pela operadora contratada e documento oficial hábil de identificação.

19.4 A CONTRATADA compromete-se a fornecer aos seus beneficiários, cartão digital ou dispositivo de identificação que garanta condições para utilização de todos os serviços objeto deste Termo de Referência.

19.5 A CONTRATADA deverá observar o prazo de validade do cartão digital ou dispositivo de identificação do beneficiário.

19.6 Haverá controle tanto por parte da CONTRATANTE como da CONTRATADA para que não se verifique o uso indevido dos serviços pelo beneficiário, eximindo-se, porém, a CONTRATANTE do pagamento de serviços prestados pela contratada decorrentes da utilização indevida dos serviços.

20 INTERNAÇÕES

20.1 Havendo contrato firmado entre a operadora contratada e hospitais ou redes hospitalares para a realização de cirurgias e observações periódicas pós-cirúrgica, as acomodações para as internações dos beneficiários serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA e do(s) hospital(ais) a ela conveniado(s), não cabendo à CONTRATANTE quaisquer ônus sobre as despesas relativas às referidas acomodações dos beneficiários.

20.2 Caso não haja contrato firmado entre a operadora/seguradora contratada e o hospital onde se fará a cirurgia, as acomodações para a internação, tanto pré-cirúrgica ou pós-cirúrgica, quando se fizerem necessárias, são de inteira responsabilidade do usuário em relação privada com o hospital, clínica ou centro especializado.

21 DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

21.1 O prazo de vigência do contrato resultante deste certame será de 05 (cinco) anos, com início a partir da data de sua assinatura, na forma estabelecida na Lei nº 13.303/2016, em seu Art. 71, bem como do Art. 69 do Regulamento de Licitações e Contratações e Contratos.

21.2 A contratação pelo prazo estabelecido no item 21.1 é justificável, uma vez que se trata de prestação de serviço de natureza continuada.

21.3 Sendo válido destacar que, considerando a obrigatoriedade de fornecimento de plano de assistência à saúde, estipulada no acordo coletivo de trabalho da categoria profissional há mais de 05 (cinco) anos, a continuidade de tal contratação configura-se como de extrema importância, visto que o prazo contratual de 05 (cinco) anos refletirá em maior garantia para a futura contratada, trazendo, inclusive, preços mais vantajosos para a Contratação.

22 DA CONTRATAÇÃO, REAJUSTE/ REACTUAÇÃO, REEQUILÍBRIO E PRORROGAÇÃO DO CONTRATO.

22.1 A contratação dos serviços objeto deste Termo de Referência dar-se-á por meio de Contrato Administrativo, a ser assinado com a empresa vencedora do certame, discriminando cada item de prestação de serviços, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da convocação para a celebração do mesmo, conforme Minuta de Contrato a ser fornecida juntamente com o Edital de Licitação.

22.2 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

22.3 Caso haja Interesse público na prorrogação do contrato, o preço poderá ser reajustado com base na variação acumulada dos últimos 12 (doze) meses pelo IPC – Saúde, ou por outro índice que venha substituí-lo, após a confirmação pelo fiscal do contrato de que os preços continuam vantajosos para a Administração;

22.4 Os valores das mensalidades para as novas adesões serão reajustados, na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo independente da data de inclusão, sendo que o percentual de reajuste deve ser o mesmo para todos os consumidores que integram o contrato coletivo, não podendo o reajuste ser diferenciado para idosos ou pessoas com algum tipo de doença.

22.5 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:

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

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:

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

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:

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

Nesse caso, o preço inicialmente contratado será negociado em conformidade com a fórmula a seguir e com base nos valores dos últimos doze meses.

Índice de Reajuste = (sinistralidade apurada/sinistralidade contratual “70%) – 1Ex:

Sinistralidade apurada = 80%. Ou seja, $(80\% / 70\%) - 1 = 14,28\%$

22.6 Sobrevindo formas legais determinadas pelo Governo Federal, prevalecerão estas.

23 DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

23.1 O pagamento à CONTRATADA será efetuado mensalmente até o 15º dia do mês subsequente à prestação do serviço, mediante apresentação de Nota Fiscal, Demonstrativo Mensal dos Beneficiários com valores individualizados e total, Boleto, e das seguintes Certidões: a) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União; b) Certificado de Regularidade do FGTS; c) Certidão Negativa da Fazenda Municipal do domicílio fiscal da licitante; e d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

23.2 Os documentos listados no item 26.1 deverão ser protocolados pela CONTRATADA, até o dia 05 do mês subsequente à prestação do serviço, no Sistema Eletrônico de Informações - SEI ou outro meio disponibilizado pela CONTRATANTE: contratos@codiub.com.br para que seja iniciado e encaminhado o processo à fiscalização do contrato a fim de certificar a nota fiscal eletrônica/fatura, viabilizando, desse modo, o pagamento.

23.3 Caso a CONTRATADA não encaminhe a documentação completa no prazo estipulado, esta estará sujeita às penalidades dispostas no presente Termo de Referência, inclusive em relação ao cancelamento da Nota Fiscal e emissão de nova NF/Boleto para fins de recolhimento de impostos na mesma competência por parte da CONTRATANTE, bem como atualização da data de vencimento do boleto com a quantidade de dias correspondentes aos dias de atraso.

23.4 A CONTRATANTE efetuará o pagamento do preço per capita registrado na proposta e em conformidade com este Termo de Referência, sendo o pagamento por meio de depósito bancário ou da fatura emitida.

23.5 O MENOR PREÇO PER CAPITA significará valor específico por beneficiário que deverá estar descrito na nota fiscal-fatura.

23.6 Os esclarecimentos que se fizerem necessários para dirimir alguma dúvida serão solicitados à CONTRATADA no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, a contar do dia seguinte à data do recebimento da fatura.

23.7 A interrupção da prestação dos serviços de assistência à saúde, objeto deste Termo de Referência, pela CONTRATADA, sem motivo justificado, será considerada como abandono, o que poderá ocasionar a aplicação das sanções legais definidas neste Termo de Referência, no edital, no contrato a ser assinado, bem como em toda a legislação pátria.

24 RESCISÃO

24.1 Pela inexecução total ou parcial do contrato, a CONTRATANTE poderá rescindir de pleno direito, independentemente de aviso, interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caibam à CONTRATADA outros direitos, especialmente o de indenização, além daquele referente ao pagamento dos serviços já prestados e, garantida a prévia defesa, poderá aplicar ao Contratado as sanções previstas no art. 83 da Lei nº. 13.303/2016, bem como as previsões do Capítulo VI, Seção III do Regulamento de Licitações e Contratos.

24.2 Em qualquer caso, a rescisão, com suas condições, deverá ser consignada em termo próprio.

24.3 Caso venha a ser rescindido o contrato, independentemente das causas que ensejaram a rescisão, fica a CONTRATADA responsável pelo cancelamento dos serviços objeto do presente ajuste e pelos serviços que venham a ser prestados aos empregados da CONTRATANTE, após o cancelamento ou interrupção do contrato.

25 RECURSO ADMINISTRATIVO

25.1 Das penalidades aplicadas caberá recurso, nos termos do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da CODIUB – RILC.

26 OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

26.1 São obrigações da CONTRATADA:

26.1.1 Indicar formalmente preposto apto a representá-lo junto à CONTRATANTE, que deverá responder pela fiel execução do contrato;

26.1.2 Atender prontamente quaisquer orientações e exigências da Equipe de Fiscalização do Contrato, inerentes à execução do objeto contratual;

26.1.3 Reparar quaisquer danos diretamente causados à CONTRATANTE ou a terceiros por culpa ou dolo de seus representantes legais, prepostos ou empregados, em decorrência da relação contratual, não excluindo ou reduzindo a responsabilidade da fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pela CONTRATANTE;

26.1.4 Manter, durante toda a execução do contrato, as mesmas condições da habilitação exigidas na contratação;

26.1.5 Quando especificada, manter, durante a execução do contrato, equipe técnica composta por profissionais devidamente habilitados, treinados e qualificados para fornecimento do bem ou execução do serviço objeto da contratação;

26.1.6 Quando especificado, manter a produtividade ou a capacidade mínima de fornecimento do bem ou execução do serviço objeto da contratação durante a execução do contrato;

26.1.7 Orientar regularmente seus empregados acerca da adequada metodologia de otimização dos serviços, dando ênfase à economia no emprego de materiais e a racionalização no uso de água e de energia elétrica no uso dos equipamentos;

26.1.8 Manter seus empregados sempre atualizados, por meio da promoção de treinamentos e reciclagens, cursos de relações interpessoais e segurança no trabalho e participação em eventos de caráter técnico, de acordo com a necessidade dos serviços e sempre que a CONTRATANTE entender conveniente;

26.1.9 Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;

26.1.10 Fornecer ao funcionário crachá de identificação, EPIs adequados ao risco de cada atividade a ser executada de acordo com a legislação vigente, assim como: uniforme, capacete, bota, luva, equipamentos necessários à realização do serviço;

26.1.11 CONTRATADA assume integral responsabilidade pelo cumprimento das cláusulas e condições deste contrato, assim como pela execução plena e satisfatória dos serviços, com estrita observância às especificações constantes neste Termo de Referência, respondendo perante a CODIUB e terceiros, por perdas e danos que der causa, pela cobertura dos riscos de

acidentes de trabalho de seus empregados, prepostos ou subordinados, bem como por quaisquer ônus, direitos ou obrigações vinculadas à legislação ambiental, tributária, trabalhista, previdenciária ou securitária, decorrentes da formalização e da execução do presente contrato;

26.1.12 Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela CONTRATANTE ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do empreendimento;

26.1.13 Paralisar, por determinação da CONTRATANTE, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros;

26.1.14 Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado;

26.1.15 Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;

26.1.16 Cumprir, durante todo o período de execução do contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social, bem como as regras de acessibilidade previstas na legislação, quando a CONTRATADA houver se beneficiado da preferência estabelecida pela Lei nº 13.146, de 2015;

26.1.17 As licenças para a execução dos serviços, dependentes de quaisquer autoridades federais, estaduais e/ou municipais correrão por conta exclusiva da CONTRATADA, assistida, quando necessário, pela CODIUB;

26.1.18 Constitui obrigação da CONTRATADA o cumprimento das normas ambientais cabíveis;

26.1.19 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à União ou à entidade federal, devendo ressarcir imediatamente a Administração em sua integralidade, ficando a CONTRATANTE autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à CONTRATADA, o valor correspondente aos danos sofridos;

26.1.20 Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;

26.1.21 A CONTRATADA obriga-se a corrigir, às suas expensas, total ou parcialmente, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução; e

26.1.22 Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato.

27 OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

27.1 São obrigações da CONTRATANTE:

27.1.1 Observar e fazer cumprir fielmente o que estabelece este Termo de Referência, em particular no que se refere aos níveis de serviço e sanções administrativas;

27.1.2 Nomear Gestor e Fiscais Técnico, Administrativo e Requisitante do contrato para acompanhar e fiscalizar a execução dos contratos;

27.1.3 Receber o objeto/serviço fornecido pela CONTRATADA que esteja em conformidade com a proposta aceita, conforme inspeções realizadas;

27.1.4 Aplicar à CONTRATADA as sanções administrativas regulamentares e contratuais cabíveis;

27.1.5 Liquidar o empenho e efetuar o pagamento à CONTRATADA, dentro dos prazos preestabelecidos em contrato;

27.1.6 Comunicar à CONTRATADA todas e quaisquer ocorrências relacionadas com o fornecimento do bem ou realização do serviço objeto da contratação; e

27.1.7 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.

28 CRITÉRIOS PARA JULGAMENTO DA PROPOSTA

28.1 Será julgada vencedora a proposta de MENOR VALOR GLOBAL (NA FORMA PER CAPITA, CONSIDERANDO AS 10 FAIXAS ETÁRIAS).



29.1 A CONTRATADA deverá manter sigilo absoluto sobre quaisquer dados e informações contidos em quaisquer documentos e mídias, incluindo os equipamentos e seus meios de armazenamento, de que venha a ter conhecimento durante a execução dos serviços, não podendo, sob qualquer pretexto, divulgar, reproduzir ou utilizar, sob pena de lei, independentemente da classificação de sigilo conferida pelo CONTRATANTE a tais documentos.

30 DA COMPLEMENTAÇÃO E MODIFICAÇÃO

30.1 O Contrato poderá ser modificado ou complementado, mediante acordo entre as partes, observado as formalidades legais e regulamentares pertinentes, para solução dos casos omissos e dúvidas emergentes, à luz do Regulamento Interno de Licitações e Contratos da CODIUB - RILC e à Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, mediante Termo Aditivo considerado integrante do Contrato.

Uberaba/MG, 28 de janeiro de 2025.

Bruna Fernanda Lima Morato
Coordenadora de Recursos Humanos

Aluizio Cezar valladares Ribeiro
Diretor Administrativo Financeiro