

**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES
COMERCIAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO – CORE-SP**

**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 05/2019
(Processo Administrativo n.º 84/19)**

**ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA**

1. DO OBJETO

1.1. Contratação de pessoa jurídica especializada para a prestação de serviços de Plano ou Seguros Privados de Assistência à Saúde denominados Operadoras de Planos de Saúde, na forma da Resolução nº 1.135/2019 – confere, devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a prestação de serviços de assistência médica e/ou seguro saúde, sem carência, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar incluindo partos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, no âmbito de todo o território nacional, padrão apartamento individual com banheiro privativo, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas com cobertura de todas as especialidades reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e exames complementares reconhecidos ou que vierem a ser reconhecidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento:

80

GRUPO	ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT TOTAL	UNIDADE DE MEDIDA
1	1	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 0 a 18 anos	1	BENEFICIÁRIO (A)
	2	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 19 a 23 anos	6	BENEFICIÁRIO (A)
	3	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 24 a 28 anos	15	BENEFICIÁRIO (A)
	4	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 29 a 33 anos	10	BENEFICIÁRIO (A)
	5	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 34 a 38 anos	18	BENEFICIÁRIO (A)
	6	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 39 a 43 anos	9	BENEFICIÁRIO (A)
	7	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 44 a 48 anos	10	BENEFICIÁRIO (A)
	8	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 49 a 53 anos	7	BENEFICIÁRIO (A)

VALOR DE REFERÊNCIA	
TOTAL C/ IOF	R\$ 75.453,89
2,38%	R\$ 1.754,06
	R\$ 73.699,83
VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
R\$ 466,94	R\$ 466,94
R\$ 583,68	R\$ 3.502,08
R\$ 729,60	R\$ 10.944,00
R\$ 802,56	R\$ 8.025,60
R\$ 842,69	R\$ 15.168,42
R\$ 926,96	R\$ 8.342,64
R\$ 1.079,09	R\$ 10.790,90
R\$ 1.140,24	R\$ 7.981,68

9	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para faixa etária de 54 a 58 anos	1	BENEFICIÁRIO (A)	R\$ 1.448,54	R\$ 1.448,54
10	plano de saúde, conforme especificado no Termo de Referência, para acima de 59 anos	3	BENEFICIÁRIO (A)	R\$ 2.343,01	R\$ 7.029,03

Valor mensal estimado de R\$ 75.453,89 (setenta e cinco mil quatrocentos e cinquenta e três reais e oitenta e nove centavos). O valor estimativo anual para o objeto a ser licitado será de R\$ 905.446,63 (novecentos e cinco mil quatrocentos e quarenta e seis reais e sessenta e três centavos).

- 1.2. O objeto da licitação tem a natureza de serviço comum de natureza contínua.
- 1.3. Os quantitativos e respectivos códigos dos itens são os discriminados na tabela acima.
- 1.4. A presente contratação adotará como regime de execução o preço por item dentro de grupo.
- 1.5. O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse das partes até o limite de 60 (sessenta) meses, com base no artigo 57, II, da Lei 8.666, de 1993.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

- 2.1. A Justificativa e objetivo da contratação encontram-se pormenorizados em Tópico específico dos Estudos Preliminares, apêndice desse Termo de Referência.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO:

- 3.1. A descrição da solução como um todo, conforme minudenciado nos Estudos Preliminares, abrange a prestação do serviço da contratação de plano de saúde para os funcionários do Conselho Regional dos Representantes Comerciais no Estado de São Paulo – CORE-SP.

4. DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

- 4.1. Trata-se de serviço comum de caráter continuado sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva, a ser contratado mediante licitação, na modalidade pregão, em sua forma eletrônica.
- 4.2. Os serviços a serem contratados enquadram-se nos pressupostos do Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, não se constituindo em quaisquer das atividades, previstas no art. 3º do aludido decreto, cuja execução indireta é vedada.
- 4.3. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração Contratante, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

- 5.1. Os requisitos da contratação estão previstos no Anexo V - Estudos Preliminares.
- 5.2. Declaração do licitante de que tem pleno conhecimento das condições necessárias para a prestação do serviço.
- 5.3. As obrigações da Contratada e Contratante estão previstas neste Termo de Referência e minudenciado nos Estudos Preliminares.

6. VISTORIA PARA A LICITAÇÃO.

6.1. Não se aplica.

7. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

7.1. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

7.1.1. Homologação da licitação pela Autoridade Competente do CORE-SP;

7.1.2. Assinatura do contrato;

7.1.3. Emissão e entrega dos cartões de identificação do beneficiário e/ou dependente do plano de saúde;

7.1.4. Liberação das informações conforme o item 9.1.3.

7.2. A execução dos serviços será iniciada a partir da assinatura do contrato, considerando similar ou equivalente ao atual Plano de Saúde, na forma que segue:

7.2.1. Rede nacional + ambulatorial + hospitalar + obstetrícia, com acomodação em quarto privativo.

7.2.2. Fica a critério exclusivo do CORE-SP a definição e a estipulação dos quantitativos de servidores/dependentes a serem gerados durante a vigência do contrato, inseridos no valor global da verba orçamentária disponível.

7.2.3. Será facultado aos funcionários do CORE-SP a adesão ao plano oferecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, objeto desta Licitação, que se dará na forma estabelecida neste item.

7.2.4. A adesão dos Beneficiários Dependentes dar-se-á no mesmo plano do respectivo Beneficiário Titular, oferecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, cabendo à CONTRATANTE arcar com a responsabilidade do pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano contratado.

7.2.5. A inclusão do empregado e de seus dependentes no Plano de Saúde far-se-á mediante manifestação expressa.

7.2.6. Na oportunidade do pedido de inclusão o empregado preencherá a "declaração de saúde", em formulário a ser fornecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

7.2.7. O Plano deverá ter abrangência NACIONAL, e dispor de atendimento ambulatorial e hospitalar com internação em padrão apartamento individual com banheiro privativo, inclui-se direito à acompanhante permanente.

7.3. DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS E NÃO COBERTOS

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

7.3.2. PARA A COBERTURA AMBULATORIAL

7.3.2.1. Cobertura de consultas e sessões médicas, em número ilimitado e sem prévia autorização ou parecer médico, nas clínicas básicas e especializadas e/ou consultórios médicos, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Associação Médica Brasileira;

- 7.3.2.2. Cobertura de serviços de apoio ao diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, inclusive fisioterapia, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- 7.3.2.3. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;
- 7.3.2.4. Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- 7.3.2.5. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
- 7.3.2.6. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 7.3.2.7. Quimioterapia ambulatorial;
- 7.3.2.8. Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
- 7.3.2.9. Hemoterapia ambulatorial;
- 7.3.2.10. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, previstas no rol de procedimentos da ANS;
- 7.3.2.11. Cobertura de todas as ações necessárias à prevenção de doença e/ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, com cobertura médico hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico, e tratamento de rotina e especializado.

7.4. PARA A COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

- 7.4.1. Cobertura de internações hospitalares, em clínicas básicas e especializadas, inclusive para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor máximo e/ou quantidade;
- 7.4.2. A cobertura para doenças psiquiátricas dar-se-ão de acordo com as leis vigentes, Resolução CONSU nº 11 e Lei 9656/98 da ANS.
- 7.4.3. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- 7.4.4. Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para pacientes internados, vedadas quaisquer limitações;
- 7.4.5. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou

ministrados durante o período de internação hospitalar, vedadas quaisquer limitações;

7.4.6. Cobertura de toda e qualquer taxa, despesa e valores, incluídos os materiais utilizados relativamente à internação hospitalar, inclusive com a remoção do paciente, quando solicitada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro; Remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano de saúde, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;

7.4.7. Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento hospitalar da rede referenciada ou outro estabelecimento, de livre escolha do beneficiário e do médico responsável, em comum acordo.

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

7.4.9. Cobertura de despesas de acompanhante.

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

7.4.11. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

7.4.12. Quimioterapia;

7.4.13. Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

7.4.14. Hemoterapia;

7.4.15. Nutrição parenteral ou enteral;

7.4.16. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

7.4.17. Embolizações e radiologia intervencionista;

7.4.18. Exames pré-anestésicos ou pré cirúrgicos;

7.4.19. Fisioterapia;

7.4.20. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.

7.4.21. Cobertura de todos os procedimentos relativos ao pré-natal, parto e assistência ao parto, observadas as seguintes exigências:

7.4.22. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto. O atendimento, neste caso, dar-se-á com a apresentação do cartão de identificação de qualquer dos genitores.

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

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

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

- 7.4.26. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, sem prejuízo das demais hipóteses previstas no contrato;
- 7.4.27. Cobertura de cirurgia plástica reparadora, nos casos de deformidades congênitas ou adquiridas por doenças desfigurantes, ou ainda, em casos de lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica da doença, inclusive de traumatismo, provenientes de acidentes ou intervenções cirúrgicas solicitadas por médico assistente.
- 7.4.28. Nos casos de transplante de rim, córnea e medula óssea, serão cobertas as despesas com seus procedimentos vinculados, assim entendidos:
- 7.4.29. As despesas assistenciais com doadores vivos;
- 7.4.30. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- 7.4.31. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- 7.4.32. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- 7.4.33. O usuário-candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deve estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.
- 7.4.34. Cobertura para os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências e para moléstias profissionais.
- 7.4.35. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:
- 7.4.36. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso “off-label”);
- 7.4.37. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- 7.4.38. Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 7.4.39. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

- 7.4.40. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados não nacionalizados: são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 7.4.41. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; ressalvado o disposto nas alíneas “c” do inciso I e “g” do inciso II do art. 12 da Lei 9.656/98; medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- 7.4.42. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- 7.4.43. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 7.4.44. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 7.4.45. Procedimentos Odontológicos, ainda que decorrentes de acidentes pessoais, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 7.4.46. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 7.4.47. Tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 7.4.48. Transplantes de órgãos, com exceção dos de córneas, rins e transplante medula óssea (autólogo e alogênico) listados no rol de procedimentos da ANS vigente à época do evento;
- 7.4.49. Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade;
- 7.4.50. Atos cirúrgicos objetivando a mudança de sexo;
- 7.4.51. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

7.5. DA ABRANGÊNCIA DO PLANO

- 7.5.1.A abrangência dos serviços deverá ser em nível nacional, por intermédio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.
- 7.5.2.No âmbito nacional, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá prestar atendimento, nos principais hospitais gerais onde deverá ser disponibilizado pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA todo o tipo de atendimento e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde.

7.6. DA REDE DE ATENDIMENTO

- 7.6.1. Os serviços serão prestados pela rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada em número razoável de prestadores de serviços, incluindo, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros.
- 7.6.2. Deverão ser ou estar credenciados, dentre os hospitais que prestarão serviços aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, consideradas no mínimo, unidades que atendam a quaisquer procedimentos (exames, cirurgias, consultas) relacionados a todas as doenças previstas no CID, observado o rol de procedimentos em vigor.
- 7.6.3. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá comprovar, sob pena de desclassificação de sua proposta, que possui estrutura hospitalar razoável e compatível de atendimento aos funcionários do CORE-SP por meio de guia de serviços de saúde, o qual será analisado pela Equipe de Apoio do Pregoeiro na fase de aceitação da Proposta.
- 7.6.4. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá manter atualizada a guia de serviços, de rede credenciada e referenciada.
- 7.6.5. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá garantir atendimento em:
- 7.6.6. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.
- 7.6.7. Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.
- 7.6.8. Sendo o usuário menor de 18 anos e maior de 60 anos, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá arcar também com custos do acompanhante, na forma aqui prevista.
- 7.6.9. Na inexistência de prestadores, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados. A escolha do meio de transporte fica a critério da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário;
- 7.6.10. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá manter e, se possível, aumentar a quantidade da rede de atendimento contratada visando melhorar a qualidade dos serviços prestados.
- 7.6.11. A inclusão como referenciados ou credenciados da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata, implica compromisso para com os usuários consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência do Contrato. É facultada, no entanto, a sua substituição por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência (ressalvada as hipóteses de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor ou ainda quando o credenciamento for solicitado pelo próprio referenciado ou credenciado).
- 7.6.12. Na hipótese de ocorrer credenciamento durante internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

- 7.6.13. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantida a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário, bem como tomará todas as providências a fim de assegurar a integridade do beneficiário.
- 7.6.14. Nas internações, os beneficiários poderão optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, desde que assumam a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.
- 7.6.15. A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação ao CORE-SP, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

7.7. DAS EXIGÊNCIAS DO PLANO

- 7.7.1. O Plano Privado de Assistência à Saúde (PPAS), a ser contratado é o AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.
- 7.7.2. A internação será realizada em acomodações compatíveis ao plano em que o beneficiário estiver incluso, com direito à acompanhante.
- 7.7.3. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, é garantido ao usuário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.
- 7.7.4. DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO E DOS SERVIÇOS
- 7.7.5. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde as especialidades médicas e serviços nas condições abaixo descritas, observando-se, ainda, a Lei nº. 9.656, de 03/06/98 e suas alterações, bem como as resoluções do CONSU/ANS, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional:
- 7.7.6. Assistência médica nas especialidades a seguir relacionadas:
- 7.7.7. Acupuntura;
 - 7.7.8. Alergologia e Imunologia;
 - 7.7.9. Anatomia e Patologia;
 - 7.7.10. Anestesista;
 - 7.7.11. Angiologia;
 - 7.7.12. Bronco Esofagologia;
 - 7.7.13. Cardiologia;
 - 7.7.14. Cirurgia de cabeça e pescoço e buco-maxilo-facial;
 - 7.7.15. Cirurgia cardiovascular;
 - 7.7.16. Cirurgia endocrinológica;
 - 7.7.17. Cirurgia Gastroenterológica;
 - 7.7.18. Cirurgia geral;
 - 7.7.19. Cirurgia de mão;
 - 7.7.20. Cirurgia oftalmológica: inclusive as cirurgias corretivas (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, facectomia) nos termos da legislação vigente;
 - 7.7.21. Cirurgia Pediátrica;
 - 7.7.22. Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética (incluindo mamoplastia);
 - 7.7.23. Cirurgia Torácica;
 - 7.7.24. Cirurgia Urológica;
 - 7.7.25. Cirurgia Vasculiar Periférica;

- 7.7.26. Clínica Médica;
- 7.7.27. Coloproctologia;
- 7.7.28. Dermatologia;
- 7.7.29. Endocrinologia e Metabologia;
- 7.7.30. Fisiatria;
- 7.7.31. Foniatria;
- 7.7.32. Gastroenterologia;
- 7.7.33. Geriatria e Gerontologia;
- 7.7.34. Ginecologia;
- 7.7.35. Hematologia;
- 7.7.36. Hepatologia;
- 7.7.37. Homeopatia;
- 7.7.38. Imunologia;
- 7.7.39. Infectologia;
- 7.7.40. Mastologia;
- 7.7.41. Mamoplastia não estética;
- 7.7.42. Medicina intensiva;
- 7.7.43. Medicina Nuclear;
- 7.7.44. Nefrologia;
- 7.7.45. Nefrologia pediátrica;
- 7.7.46. Neonatologia;
- 7.7.47. Neurologia;
- 7.7.48. Neurocirurgia;
- 7.7.49. Obstetrícia;
- 7.7.50. Oftalmologia;
- 7.7.51. Oncologia;
- 7.7.52. Ortopedia e Traumatologia, inclusive materiais e aparelhos ortopédicos (pinos, parafusos, platinas), próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico;
- 7.7.53. Otorrinolaringologia;
- 7.7.54. Pediatria;
- 7.7.55. Pneumologia;
- 7.7.56. Psicoterapia;
- 7.7.57. Psiquiatria, consultas e tratamento ambulatoriais, inclusive internamento;
- 7.7.58. Radioterapia;
- 7.7.59. Radioisótopos e cintilografia;
- 7.7.60. Reumatologia;
- 7.7.61. Traumatologia;
- 7.7.62. Urologia;
- 7.7.63. Além das especialidades médicas e cirúrgicas acima relacionadas deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde – ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).
- 7.7.64. Cobertura dos serviços e procedimentos médicos (inclusive cirurgia) e exames complementares, divididos em básicos e especiais, conforme relação a seguir:
 - 7.7.65. Básicos:
 - 7.7.66. Análise clínica laboratorial;
 - 7.7.67. Histocitopatologia;
 - 7.7.68. Anatomopatológico, patologia clínica, citopatologia e colposcopia;
 - 7.7.69. Eletrocardiograma convencional;
 - 7.7.70. Eletroencefalograma convencional;
 - 7.7.70.1. Exames radiológicos simples sem contraste.
- 7.7.71. Especiais:

- 7.7.72. Amniocentese/Coriocentese;
- 7.7.73. Audiometria com impedanciometria;
- 7.7.74. Audiometria ocupacional;
- 7.7.75. Biópsia renal;
- 7.7.76. Cateterização de uréter;
- 7.7.77. Cauterização;
- 7.7.78. Citoscopia;
- 7.7.79. Colocação de gesso e similares;
- 7.7.80. Densitometria Óssea;
- 7.7.81. Diálise peritoneal para agudos e crônicos;
- 7.7.82. Diálise peritoneal contínua;
- 7.7.83. Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, mapeamento cerebral e eletroencefalograma para monitorização de crises;
- 7.7.84. Eletromiografia;
- 7.7.85. Embolizações e radiologia intervencionista;
- 7.7.86. Endoscopia digestiva e peroral;
- 7.7.87. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 7.7.88. Exames invasivos de cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
- 7.7.89. Exames não invasivos de cardiologia: eletrocardiograma convencional e dinâmico Holter, M.A.P.A. (mapeamento ambulatorial da pressão arterial), testes ergométricos e "Tilt Test";
- 7.7.90. Fisioterapia;
- 7.7.91. Fonoaudiologia;
- 7.7.92. Fluoresceinografia;
- 7.7.93. Gasoterapia;
- 7.7.94. Hemodiálise para agudos e crônicos;
- 7.7.95. Hemoterapia;
- 7.7.96. Implante de catéter para hemodiálise;
- 7.7.97. Implante de catéter para diálise peritoneal;
- 7.7.98. Inaloterapia, inclusive urgência;
- 7.7.99. Laparoscopia;
- 7.7.100. Laserterapia (foto eletrocoagulação da retina com laser);
- 7.7.101. Litotripsia extracorpórea e enoscópica para vias urinárias;
- 7.7.102. Material de osteossíntese (tais como: placas, parafusos e pinos);
- 7.7.103. Medicina nuclear (diagnóstica e terapêutica);
- 7.7.104. Nutrição parenteral ou enteral;
- 7.7.105. Ortóptica;
- 7.7.106. Pequenas cirurgias ambulatoriais;
- 7.7.107. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7.7.108. Procedimentos obstétricos;
- 7.7.109. Psicologia;
- 7.7.110. Próteses intraoperatórias;
- 7.7.111. Prova de função pulmonar;
- 7.7.112. Punção lombar;
- 7.7.113. Quimioterapia;
- 7.7.114. Radiodiagnóstico (demais exames radiológicos intervencionistas ou não);
- 7.7.115. Radiologia com contraste e intervencionista;
- 7.7.116. Radiologia Intervencionista;
- 7.7.117. Radioterapia, incluindo megavoltagen, cobaltoterapia, césioterapia, eletronerapia, radioimagem, radioimplante e braquiterapia;
- 7.7.118. Ressonância magnética;
- 7.7.119. Tomografia computadorizada;
- 7.7.120. Transfusão de sangue e seus derivados;
- 7.7.121. Tratamento de varizes por esclerosantes;
- 7.7.122. Ultra-sonografia;
- 7.7.123. Outros procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas ou que venham a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de

Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA de plano de saúde.

7.7.124. Os exames listados neste subitem não excluirão a realização de outros reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, e constantes no rol de procedimentos da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA e no Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS, os quais deverão ser utilizados sem limite de número, para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica.

7.8. DAS INCLUSÕES E DAS EXCLUSÕES.

7.8.1. Os titulares serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

7.8.2. Por falecimento;

7.8.3. Por demissão, não optantes pela continuidade pelo artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98;

7.8.4. Por aposentadoria, não optantes pela continuidade pelo artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98;

7.8.5. Quando solicitado pelo titular.

7.8.6. Os dependentes serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

7.8.7. Por falecimento;

7.8.8. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;

7.8.9. Quando não mais se enquadrar nas disposições constantes nos itens “7.8.2.”, “7.8.3.”, “7.8.4.” do item “7.8.1” deste Termo;

7.8.10. Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

7.8.11. Em caso de exclusão de usuário do Plano de Saúde, o CORE-SP comunicará o fato, imediatamente, à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, cessando desta forma, qualquer responsabilidade do CORE-SP pelo uso indevido de qualquer serviço oferecido.

7.8.12. O Setor de Recursos Humanos do CORE-SP encaminhará à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, a lista do grupo inicial a ser inscrito no Plano, devendo a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, no prazo de 10 (dez) dias úteis, encaminhar os respectivos documentos de identificação.

7.8.13. As inclusões serão encaminhadas pelo CORE-SP até o dia 5 (cinco) de cada mês, ou em outra data a ser definida previamente pelo Setor de RH, devendo a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA encaminhar os documentos de identificação até o primeiro dia do mês subsequente ao pedido de inclusão.

7.8.14. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, inclusive para inclusões, exclusões e manutenção dos beneficiários no plano.

7.8.15. Remissão por Morte do beneficiário Titular, será assegurada nas condições abaixo:

7.8.16. Esta cobertura garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no plano de saúde, por 1 (um) ano, ou pelo prazo negociado entre as partes e previsto na proposta da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, das seguintes pessoas, desde que estejam inscritas como dependente no plano, à época do óbito do beneficiário titular:

7.8.17. Cônjuge;

7.8.18. Companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

- 7.8.19. Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (dias);
- 7.8.20. Filhos inválidos de qualquer idade, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração do Imposto de Renda do beneficiário o titular.
- 7.8.21. Esta cobertura será concedida desde que:
- 7.8.22. O falecimento do beneficiário Titular tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo plano de saúde;
- 7.8.23. A cobertura não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio;
- 7.8.24. O vínculo esteja mantido na data do falecimento, e que possa ser comprovado.
- 7.8.25. O benefício da remissão não implicará dispensa dos prazos de carência que estejam sendo cumpridos pelos beneficiários.
- 7.8.26. O dependente que atender aos requisitos perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:
- 7.8.27. Quando o beneficiário atingir a idade de 18 (dezoito) anos, desde que não seja filho inválido, assim considerado aquele elegível para efeito da declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular, ainda que isto ocorra durante o período de gozo da remissão;
- 7.8.28. Após o decurso do período de remissão; ou
- 7.8.29. Se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas, ainda que ocorra durante o período de gozo da remissão.
- 7.8.30. Não terão direito à cobertura especial de remissão os beneficiários dependentes que, apesar de se enquadrarem na condição definida, tenham sido incluídos no contrato nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do beneficiário Titular, salvo se:
- 7.8.31. A morte do beneficiário titular tiver decorrido de acidente pessoal;
- 7.8.32. O beneficiário dependente, que seja o filho do titular falecido, tenha nascido ou sido efetivamente adotado nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito;
- 7.8.33. Cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no prazo previsto. Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato do grupo remido.
- 7.8.34. Se tiver ocorrido aumento no padrão de plano de saúde nos 12 (doze) meses anteriores à morte do titular, a utilização do plano de saúde, durante o período de remissão, será indenizada ou reembolsada com base nos níveis de coberturas anteriores ao referido aumento, a não ser que o falecimento tenha decorrido de acidente pessoal.
- 7.8.35. O CORE-SP encaminhará o atestado de óbito do titular no prazo de até 20 (vinte) dias da data do evento para a alteração da categoria dos usuários-dependentes para titulares, e serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo titular.
- 7.8.36. Os filhos recém-nascidos de usuários titulares terão cobertura dentro do plano do titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, devendo ser inscritos no plano dentro deste prazo.
- 7.8.37. O filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, com idade inferior a 12 anos, deve ser inscrito no plano no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do evento.
- 7.8.38. Não haverá exclusão por doença e lesões pré-existentes.
- 7.8.39. É de responsabilidade do CORE-SP informar à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA as exclusões dentro dos prazos contratuais.

7.9. DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

- 7.9.1. Em virtude do plano de assistência à saúde ser contratado pelo regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes superior a 29

(vinte e nove), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos usuários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, bem como dos novos servidores, inscritos até 30 dias da data de admissão junto a este CORE-SP, e de seus dependentes.

7.9.2. Ficam excluídos de quaisquer carências:

7.9.3. Aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto desta licitação, após a assinatura do Contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, guarda, tutela definitiva, etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 30 (dias) dias contados da:

7.9.4. Data de entrada em exercício do beneficiário titular do CORE-SP;

7.9.5. Data de nascimento do beneficiário dependente. Os filhos recém-nascidos, bem como o filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, menor de doze anos de idade, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular, desde que inscritos nos prazos estabelecidos neste Termo de Referência;

7.9.6. Data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge, bem como os companheiros que tenham reconhecido sua união em cartório;

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

7.9.8. Os dependentes já inscritos que tiverem sua categoria alterada em virtude de morte do titular, desde que o CORE-SP solicite a alteração no prazo de 20 (vinte) dias da data do atestado de óbito, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo titular.

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

7.9.10. Os períodos de carência para as Coberturas contratadas são:

7.9.11. Inexistente - Para eventos cobertos resultantes de acidente ocorrido durante a vigência do plano de saúde; para os filhos do beneficiário Titular nascidos durante a vigência do contrato do plano de saúde e incluídos até o trigésimo dia contado a partir da data do nascimento;

7.9.12. De 24 horas - Para atendimentos de urgências ou emergências, em qualquer unidade de atendimento;

7.9.13. De 30 dias - Para consultas médicas; exames complementares, não relacionados na letra "d" abaixo; remoção inter-hospitalar;

7.9.14. De 90 dias - Para os seguintes exames complementares: artroscopia; potencial evocado; diagnose oftalmológica; holter de pressão; medicina nuclear; nistagmografia; colonoscopia; retossigmoidoscopia; ecocardiografia; endoscopia digestiva alta, per oral, ou urológica; eletrococleografia; audiometria cortical; ergometria; holter; mamografia; xeromamografia; cintilografia; provas de função pulmonar; ultrassonografia, angiografia; arteriografia; biópsia dirigida por ultrassom; hemodinâmica; densitometria óssea; eletroneuromiografia; eletromiografia; mielografia; neuro-radiologia; radiologia intervencionista;

tomografia computadorizada; ressonância magnética; urodinâmica; laparoscopia;

7.9.15. De 180 dias - Para Cirurgias ambulatoriais com anestesia local (porte zero); para Terapias; para Vacinas preventivas; para Remoções; para internações cirúrgicas eletivas na seguinte especialidade: Dermatologia; Cirurgia do Aparelho Digestivo, bem como cirurgias da parede abdominal ou órgãos anexos; Cirurgia de mão, Otorrinolaringologia ou Urologia; Videolaparoscopia; Oftalmologia; Cirurgia Vasculare Linfática, Cirurgia Cardíaca, Cabeça e Pescoço, Mama, Cirurgia Torácica, Cirurgia Endocrinológica, Ginecologia, Microcirurgia Reconstructiva, Neurocirurgia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia ou Plástica Reparadora; Transplantes, Implantes ou Reimplantes; Doenças Congênitas; Internações para complicações da Gravidez ou Parto prematuro; Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos ou por uso de substância química;

7.9.16. De 300 dias - Para internações decorrentes de Parto a termo.

7.9.17. De 720 dias – Para doenças pré-existentes

7.10. **DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

7.10.1. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA poderá estabelecer relação de procedimentos, para os quais haverá a necessidade de Autorização prévia da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, exceto em casos caracterizados como atendimento de urgência e emergência.

7.10.2. Para o usuário que estiver em qualquer localidade e desejar realizar procedimentos que necessitem de autorização da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, a unidade local integrante da rede referenciada deverá garantir o atendimento integral das coberturas estabelecidas na Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011 e alterações.

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

7.11. **DO REEMBOLSO**

7.11.1. Obriga-se a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA a custear, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do beneficiário, as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento. A cobertura corresponde à segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia observada e respeitada a abrangência geográfica, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento.

7.11.2. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA custeará, conforme previsto na presente cláusula os procedimentos e eventos cobertos, desde que executados por profissional de saúde habilitado e que atenda aos critérios de referenciamento e de reembolso adotados pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

7.11.3. Nos termos e limites do contrato, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do beneficiário, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na abrangência geográfica e área de atuação contratadas e constantes da proposta do plano de saúde.

7.11.4. Quando o beneficiário utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da rede referenciada do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será sempre feito por reembolso ao beneficiário, para eventos cobertos pelo plano de saúde, de acordo com os limites estabelecidos no contrato e desde que o prestador esteja localizado na abrangência geográfica e área de atuação contratadas, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede credenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

7.11.5. Fica estabelecido o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato de plano de saúde, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA da documentação adequada, estipulada nestas Condições Gerais.

7.11.6. Caso a documentação não contenha todos os documentos, ou ainda em caso de inexatidão dos referidos documentos, a Empresa Licitante vencedora poderá pedir informações complementares, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo beneficiário.

7.11.7. Após a entrega dos documentos por parte do beneficiário, a Empresa Licitante Vencedora terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso.

7.11.8. O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

7.12. DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

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

8. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO E CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO

8.1. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS:

8.1.1. A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada por empregado do CORE-SP designado por Ato Administrativo, na condição de Gestor do Contrato, o qual deverá atestar previamente a Nota Fiscal de Prestação de Serviços, quando comprovada a sua fiel e correta execução.

8.1.2.Sem prejuízo da plena responsabilidade da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA perante o CORE-SP ou terceiros, os serviços estarão sujeitos a mais ampla e irrestrita fiscalização, a qualquer hora, em todas as etapas e a presença do servidor designado como Gestor do Contrato não diminuirá a responsabilidade da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA na sua execução.

8.1.3.Ao Gestor do Contrato caberá solucionar problemas durante a vigência do contrato.

8.1.4.Ao Gestor do Contrato fica assegurado o direito de exigir o cumprimento de todos os itens constantes do Termo de Referência, da proposta da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA e das cláusulas do contrato, além de rejeitar, totalmente ou em parte, os serviços prestados que não esteja de acordo com as exigências do Edital e seus anexos.

8.1.5.A relação entre o CORE-SP e a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, serão mantidas prioritariamente, por intermédio do Gestor do Contrato.

8.2. DO PRAZO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

8.2.1.O Contrato terá vigência por 12 meses contada a partir de sua assinatura, podendo ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos, mediante termos aditivos, até o limite de 60 meses, após a verificação da real necessidade e com vantagens para a Administração na continuidade do contrato, conforme art. 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93, podendo ser alterado, exceto no tocante ao seu objeto.

8.3. DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

8.3.1.A ocorrência de atraso de pagamento por parte do CORE-SP, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, ensejará a suspensão dos serviços médicos prestados, podendo ocorrer o seu restabelecimento mediante acordo entre as partes.

8.3.2.Em caso de internação hospitalar de usuários do plano de assistência à saúde, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA não poderá suspender a cobertura, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação.

9. MATERIAIS A SEREM DISPONIBILIZADOS

9.1. Para a perfeita execução dos serviços, a Contratada deverá disponibilizar os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, nas quantidades estimadas e qualidades a seguir estabelecidas, promovendo sua substituição ou atualização quando necessário:

9.1.1.A contratada deverá fornecer gratuitamente o 1º cartão de identificação do usuário do plano de saúde;

9.1.2.Disponibilizar relatórios consolidados ou específicos das utilizações para o usuário. Manter pessoal especializado para prestação dos serviços. Assegurar o sigilo e segurança das transações e informações;

9.1.3.Demonstrar e ser acessível aos beneficiários os manuais, documentos e/ou meio equivalente que a rede credenciada da licitante vencedora dispõe de ampla e capacitada rede de atendimento, geralmente este acesso é via aplicativo, telefone tipo 0800 e/ou site, podendo ser utilizados filtros de pesquisa por local, especialidade e outros parâmetros;

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

10. INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA

10.1. A demanda do órgão tem como base as seguintes características:

10.1.1. DOS BENEFICIÁRIOS

10.1.2. São beneficiários dos serviços objeto da presente licitação:

10.1.3. O titular;

10.1.4. O dependente do titular;

10.1.5. Entende-se como titular:

10.1.6. Os funcionários do CORE-SP;

10.1.7. Entende-se como dependente do titular:

10.1.8. O cônjuge ou companheiro (a) legalmente comprovado;

10.1.9. Os filhos, naturais ou adotivos, inclusive enteados (solteiros), de funcionários do CORE-SP, até 21 (vinte e um) anos de idade;

10.1.10. Os filhos, naturais ou adotivos, inclusive enteados (solteiros), de funcionários do CORE-SP, incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;

10.1.11. Os filhos, inclusive enteados (solteiros), até 24 (vinte e quatro) anos de idade, de funcionário do CORE-SP, quando estudante universitário, não tendo economia própria;

10.1.12. O menor, sob a guarda ou sob a tutela de funcionário do CORE-SP, por força de decisão judicial, até 21 (vinte e um) anos de idade;

10.1.13. Atualmente, o quantitativo de beneficiários são 60 (sessenta) vidas.

10.1.14. O número de beneficiários informado no item anterior é estimado e, por esta razão, não há o compromisso do CORE-SP incluir aquele quantitativo de usuários no plano de saúde eventualmente contratado, sendo que somente serão computados, para efeito de pagamento, os usuários efetivamente incluídos pelo CORE-SP;

10.2. DAS REFERÊNCIAS NORMATIVAS

10.2.1. Aplica-se à contratação pretendida toda a legislação que disciplina a estação dos serviços de assistência à saúde, dentre as quais:

10.2.2. Lei Federal nº 9.656/98;

10.2.3. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/01;

10.2.4. Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) da ANS;

10.2.5. Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar;

10.2.6. Resoluções Normativas (RN) da ANS, em especial a RN 428 e seus anexos, 07/11/2017.

10.2.7. Lei nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000;

10.2.8. Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993, subsidiariamente;

10.2.9. Lei nº 10.520/02, de 17 de julho de 2002, subsidiariamente;

10.2.10. Decreto 3555/2000, de 08 de agosto de 2000;

10.2.11. Decreto 5.450/2005, de 31 de maio de 2005;

10.2.12. Resolução nº 1973/2011 do Conselho Federal de Medicina (CFM);

10.2.13. Condições e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos;

10.2.14. Resolução 1.135/2019 – Confere.

11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 11.1. Efetuar o pagamento dos valores devidos à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA nos prazos estabelecidos neste Termo de Referência.
- 11.2. Comunicar à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA as inclusões e exclusões que vierem a ocorrer durante a vigência do Contrato.
- 11.3. Fiscalizar a execução do contrato, bem como as obrigações assumidas pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, assim como, as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
- 11.4. Prestar as informações e esclarecimentos solicitados pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

12. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 12.1. Executar os serviços na forma determinada neste Termo de Referência e nas legislações aplicáveis à matéria.
- 12.2. Atender as solicitações e determinações da Fiscalização, feitas por Ordens de Serviços, bem como fornecer todas as informações e elementos necessários à fiscalização dos serviços.
- 12.3. Emitir as carteiras de identificação personalizadas (física ou eletrônica) aos usuários e fazer a entrega das mesmas ao CORE-SP com no mínimo 10 (dez) dias úteis após o início da vigência do contrato.
- 12.4. Fornecer a relação de profissionais, clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços integrantes da sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, responsabilizando-se por apresentar a lista completa no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da assinatura do contrato.
- 12.5. Manter rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, conforme descrito neste Termo de Referência e, se possível, aumentá-la, visando à qualidade dos serviços a serem prestados.
- 12.6. Emitir Nota Fiscal com as devidas exclusões e inclusões informadas pelo CORE-SP, sendo que, na impossibilidade de estas serem realizadas na fatura do mês, deverão, OBRIGATORIAMENTE, ser compensadas na nota fiscal/fatura do mês subsequente.
- 12.7. Zelar pela qualidade dos serviços médicos prestados pela sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.
- 12.8. Manter atualizada a rede de prestadores credenciados (profissionais e estabelecimentos) aos beneficiários.
- 12.9. Comunicar o CORE-SP a atualização de qualquer substituição de estabelecimento de relevância, integrante de sua rede credenciada de atendimento, que porventura venha ocorrer, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência.
- 12.10. Encaminhar, trimestralmente (cada 3 meses) ao CORE-SP o relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por especialidade e titular, além de relatório de eventos, bem como, quando necessário, dispor de profissional para orientação na sede da CORE-SP da forma adequada de utilização do Plano de Saúde;
- 12.11. Manter, durante todo o prazo de vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na fase de Habilitação da licitação.

13. DA SUBCONTRATAÇÃO

13.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

14. ALTERAÇÃO SUBJETIVA

14.1. <SUPRIMIDO>

15. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO

15.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços, dos materiais, técnicas e equipamentos empregados, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, que serão exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.

15.2. O representante da Contratante deverá ter a qualificação necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.

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

15.4. A fiscalização do contrato, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

15.5. A conformidade do material/técnica/equipamento a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha a relação detalhada dos mesmos, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.

15.6. O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.

15.7. O descumprimento total ou parcial das obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 87 da Lei nº 8.666, de 1993.

15.8. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual devem ser realizadas de forma preventiva, rotineira e sistemática, podendo ser exercidas por servidores, equipe de fiscalização ou único servidor, desde que, no exercício dessas atribuições, fique assegurada a distinção dessas atividades e, em razão do volume de trabalho, não comprometa o desempenho de todas as ações relacionadas à Gestão do Contrato.

15.9. A fiscalização técnica dos contratos avaliará constantemente a execução do objeto e utilizará o *Instrumento de Medição de Resultado (IMR)*, conforme modelo a ser definido pelo CORE-SP ou outro instrumento substituto para aferição da qualidade da prestação dos serviços, devendo haver o redimensionamento no pagamento com base nos indicadores estabelecidos, sempre que a CONTRATADA:

- a) não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou

b) deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

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

15.10. Durante a execução do objeto, o fiscal técnico deverá monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à CONTRATADA a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas.

15.11. O fiscal técnico deverá apresentar ao preposto da CONTRATADA a avaliação da execução do objeto ou, se for o caso, a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

15.12. Em hipótese alguma, será admitido que a própria CONTRATADA materialize a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

15.13. A CONTRATADA poderá apresentar justificativa para a prestação do serviço com menor nível de conformidade, que poderá ser aceita pelo fiscal técnico, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador.

15.14. Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis mínimos toleráveis previstos nos indicadores, além dos fatores redutores, devem ser aplicadas as sanções à CONTRATADA de acordo com as regras previstas no ato convocatório.

15.15. O fiscal técnico poderá realizar avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para avaliar ou, se for o caso, aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços.

15.16. A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da CONTRATADA que contenha sua relação detalhada, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.

15.17. A fiscalização da execução dos serviços abrange, ainda, as seguintes rotinas:

15.17.1. Verificar se a rede referenciada/credenciada atende aos termos do item 7 deste Termo de Referência;

15.17.2. Se a CONTRATADA está cumprindo a legislação que trata do objeto licitado, em especial o previsto no item 10. 2 deste Termo de Referência;

15.17.3. Mantém válida a documentação do item 9 DA HABILITAÇÃO do Edital.

15.18. As disposições previstas nesta cláusula não excluem o disposto no Anexo VIII da Instrução Normativa SLTI/MP nº 05, de 2017, aplicável no que for pertinente à contratação.

15.19. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica corresponsabilidade da CONTRATANTE ou de seus agentes, gestores e fiscais, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

16. DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO

16.1. A emissão da Nota Fiscal/Fatura deve ser precedida do recebimento definitivo dos serviços, nos termos abaixo.

16.2. No prazo de até **5 dias corridos** do adimplemento da parcela, a CONTRATADA deverá entregar toda a documentação comprobatória do cumprimento da obrigação contratual;

16.3. O recebimento provisório será realizado pelo **fiscal técnico e setorial ou pela equipe de fiscalização** após a entrega da documentação acima, da seguinte forma:

16.3.1. A contratante realizará inspeção minuciosa de todos os serviços executados, por meio de profissionais técnicos competentes, acompanhados dos profissionais encarregados pelo serviço, com a finalidade de verificar a adequação dos serviços e constatar e relacionar os arremates, retoques e revisões finais que se fizerem necessários.

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

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

16.3.1.3. O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.

16.3.2. No prazo de até **10 dias corridos** a partir do recebimento dos documentos da CONTRATADA, cada fiscal ou a equipe de fiscalização deverá elaborar Relatório Circunstanciado em consonância com suas atribuições, e encaminhá-lo ao gestor do contrato.

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

16.3.2.2. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do relatório circunstanciado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último.

16.3.2.2.1. Na hipótese de a verificação a que se refere o parágrafo anterior não ser procedida tempestivamente, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento provisório no dia do esgotamento do prazo.

16.4. No prazo de até **10 (dez) dias corridos** a partir do recebimento provisório dos serviços, o Gestor do Contrato deverá providenciar o recebimento definitivo, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços, obedecendo as seguintes diretrizes:

16.4.1. Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o

pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;

16.4.2. Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e

16.4.3. Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização, com base no Instrumento de Medição de Resultado (IMR), ou instrumento substituto.

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

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

17. DO PAGAMENTO

17.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

17.1.1. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 24 da Lei 8.666, de 1993, deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, nos termos do art. 5º, § 3º, da Lei nº 8.666, de 1993.

17.2. A emissão da Nota Fiscal/Fatura será precedida do recebimento definitivo do serviço, conforme este Termo de Referência

17.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei nº 8.666, de 1993.

17.3.1. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do fornecedor contratado, deverão ser tomadas as providências previstas no do art. 31 da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018.

17.4. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

17.4.1. o prazo de validade;

17.4.2. a data da emissão;

17.4.3. os dados do contrato e do órgão contratante;

17.4.4. o período de prestação dos serviços;

17.4.5. o valor a pagar; e

17.4.6. eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

17.5. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as

medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante;

17.6. Nos termos do item 1, do Anexo VIII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 05, de 2017, será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

17.6.1. não produziu os resultados acordados;

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

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

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

17.8. Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta ao SICAF para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.

17.9. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

17.10. Previamente à emissão de nota de empenho e a cada pagamento, a Administração deverá realizar consulta ao SICAF para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29, da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018.

17.11. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

17.12. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

17.13. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação junto ao SICAF.

17.13.1. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente no SICAF, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

17.14. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, nos termos do item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP n. 5/2017, quando couber.

17.15. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão contratante, com fundamento na Lei de Diretrizes Orçamentárias vigente.

17.16. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação

financeira devida pela Contratante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$EM = I \times N \times VP$, sendo:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela a ser paga.

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

$$I = (TX) \quad I = \frac{(6 / 100)}{365} \quad I = 0,00016438$$

TX = Percentual da taxa anual = 6%

18. REAJUSTE

18.1. Os preços são fixos e irrealizáveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

18.1.1. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice de Variação de Custos Médicos Hospitalares (VCMH), medido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que representa o percentual de variação das despesas médico-hospitalares per capita para operadoras de planos e seguros de saúde, ou seja, os gastos com internações, consultas, terapias e exames, no período de 12 (doze) meses, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

18.1.1.1. O reajuste previsto no item 18.1.1 deverá estar de acordo com a Resolução Normativa - RN Nº 171, de 29 de abril de 2008 e alterações, que estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

18.2. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

18.3. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

18.4. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

18.5. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

18.6. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

18.7. <SUPRIMIDO>

18.8. Os contratos acima de 30 (trinta) beneficiários e que durante a vigência do contrato alcançarem até 99 (noventa e nove) beneficiários serão reajustados por agrupamentos.

- 18.9. O valor da mensalidade será reajustado sempre que ocorrer mudança de faixa etária do Beneficiário (aniversário). O reajuste observará o percentual correspondente às faixas etárias identificadas.

19. GARANTIA DA EXECUÇÃO

- 19.1. Não haverá exigência de garantia contratual da execução, pelas razões abaixo justificadas:

19.1.1. Considerando os estudos preliminares e a análise de riscos feita para a contratação;

19.1.2. O contrato não envolve a execução de serviços continuados com dedicação exclusiva de mão de obra, nos termos do art. 7º, VI do Decreto nº 9.507, de 2018, e do item 3 do Anexo VII-F da Instrução Normativa SEGES/MP n.º 05/2017.

20. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 20.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a CONTRATADA que:

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

20.1.2. ensejar o retardamento da execução do objeto;

20.1.3. falhar ou fraudar na execução do contrato;

20.1.4. comportar-se de modo inidôneo; ou

20.1.5. cometer fraude fiscal.

- 20.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

20.2.1. **Advertência por escrito**, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;

20.2.2. **Multa de:**

20.2.2.1. 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a **15 (quinze)** dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Administração, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

20.2.2.2. 0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

20.2.2.3. 0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

20.2.2.4. 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das **tabelas 1 e 2**, abaixo; e

20.2.2.5. 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Administração CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato;

20.2.2.6. as penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

20.2.3. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

20.2.4. Sanção de impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da União, com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos

20.2.4.1. <SUPRIMIDO>

20.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

20.3. As sanções previstas nos subitens 20.2.1, 20.2.2, 20.2.3 e 20.2.4 poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

20.4. Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2

INFRAÇÃO		
ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar	05

	dano físico, lesão corporal ou conseqüências letais, por ocorrência, entende-se aqui o não atendimento de beneficiário quando em caráter de URGENCIA E/OU EMERGÊNCIA, Art. 3º, XIV, Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011 e alterações;	
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento, entenda-se aqui CONSULTAS E/OU EXAMES, incluído os prazos previstos no item 7.10.2, conforme Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011 e alterações;	04
3	Manter credenciado e sem qualificação para executar os serviços contratados, por beneficiário e por dia, entenda-se aqui ESTABELECIMENTO DE SAÚDE;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia, entenda-se aqui DEIXAR DE CUMPRIR PREVISÃO CONTRATUAL;	02
Para os itens a seguir, deixar de:		
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência, entenda-se aqui ANS e CRM;	02
8	Substituir ESTABELECIMENTO CREDENCIADO que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	02
10	Indicar e manter durante a execução do contrato os prepostos previstos no edital/contrato;	01

20.5. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

20.5.1. tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

20.5.2. tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

- 20.5.3. demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 20.6. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
- 20.7. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos, ou recolhidos em favor do CORE-SP, ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.
- 20.7.1. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
- 20.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do licitante, o CORE-SP poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
- 20.9. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
- 20.10. Se, durante o processo de aplicação de penalidade, se houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessárias à apuração da responsabilidade da empresa deverão ser remetidas à autoridade competente, com despacho fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização - PAR.
- 20.11. A apuração e o julgamento das demais infrações administrativas não consideradas como ato lesivo à Administração Pública nacional ou estrangeira nos termos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, seguirão seu rito normal na unidade administrativa.
- 20.12. O processamento do PAR não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à Administração Pública Federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.
- 20.13. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

21. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR.

- 21.1. As exigências de habilitação jurídica e de regularidade fiscal e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado no edital.
- 21.2. Os critérios de qualificação econômica a serem atendidos pelo fornecedor estão previstos no edital.
- 21.3. Os critérios de qualificação técnica a serem atendidos pelo fornecedor estão previstas no edital.
- 21.4. O critério de julgamento da proposta é o menor preço por lote/grupo, sob a forma de execução indireta, no regime de empreitada por preço unitário.
- 21.5. As regras de desempate entre propostas são as discriminadas no edital.

22. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS.

22.1. O custo estimado da contratação é de R\$ 75.453,89 (setenta e cinco mil quatrocentos e cinquenta e três reais e oitenta e nove centavos). O valor estimativo anual para o objeto a ser licitado será de R\$ 905.446,63 (novecentos e cinco mil quatrocentos e quarenta e seis reais e sessenta e três centavos).

22. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS.

22.1. Os recursos necessários à cobertura das despesas correrão à dotação orçamentária 6.2.2.1.1.01.04.04.055 – Plano de Saúde.

São Paulo, 7 de novembro de 2019.

Thays Silva
Assessora de Recursos Humanos

Jailson Augusto de Oliveira
Coordenador Técnico

Aprovo

Sidney Fernandes Gutierrez
Diretor-Presidente