

EDITAL Nº 015/2017
PREGÃO ELETRÔNICO

PROCESSO Nº	51402.180590/2017-11
MODALIDADE:	PREGÃO ELETRÔNICO
TIPO	MENOR VALOR MENSAL
REGIME DE EXECUÇÃO	INDIRETO POR PREÇO UNITÁRIO
DATA ABERTURA	09 DE AGOSTO DE 2017
HORÁRIO	10h
UASG	275075
OBJETO	Contratação dos serviços de assistência médica e hospitalar destinados aos empregados da VALEC, regidos pelo Plano de Benefícios e Vantagens de novembro de 1988, e seus dependentes.
VALOR GLOBAL MENSAL	R\$ 379.658,16 (trezentos e setenta e nove mil, seiscentos e cinquenta e oito reais e dezesseis centavos)
VALOR GLOBAL ANUAL	R\$ 4.555.897,92 (quatro milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil, oitocentos e noventa e sete reais e noventa e dois centavos).

O Edital estará disponível para consulta e retirada nos sites www.comprasnet.gov.br e www.valec.gov.br.

A VALEC não se responsabilizará pelos editais, possíveis planilhas, formulários e demais informações, obtidos ou conhecidos de forma ou em local diverso do disposto acima.

EDITAL Nº 015/2017

PREGÃO ELETRÔNICO

A **VALEC Engenharia Construções e Ferrovias S/A**, torna público, para conhecimento dos interessados, que na data, horário e local acima indicados realizará licitação na modalidade de **PREGÃO**, na forma **ELETRÔNICA**, conforme acima indicado.

O procedimento licitatório obedecerá integralmente às seguintes legislações: Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002; Decreto nº 3.555, de 08 de agosto de 2000; Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005; Decreto nº 3.722, de 09 de janeiro de 2001; Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006; Decreto nº 8.538, de 6 de outubro de 2015; Instrução Normativa Nº 01/2010 – SLTI/MPOG, de 19 de janeiro de 2010 (Sustentabilidade); Instrução Normativa Nº 02/2010 – SLTI/MPOG, de 11 de outubro de 2010 (SICAF) e, subsidiariamente, às disposições da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e alterações posteriores, em conformidade com a autorização contida no Processo Administrativo acima referenciado.

1. DO OBJETO:

1.1 Contratação dos serviços de assistência médica e hospitalar destinados à cobertura dos custos médico-hospitalares, serviços auxiliares de diagnose, terapia e consultas médicas, com livre escolha, rede referenciada ou credenciada da contratada, em caso de doença pessoal ou gravidez, conforme condições e exigências do Edital e seus Anexos.

2. DOS ANEXOS:

- 2.1.** Anexo I – Termo de Referência;
- 2.2.** Anexo II – Orçamento;
- 2.3.** Anexo III – Modelo de Planilha de Formação de Preços;
- 2.4.** Anexo IV – Minuta de Contrato;

3. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

3.1. A despesa decorrente da prestação dos serviços desta licitação correrá à conta de dotação orçamentária alocada no orçamento da VALEC, conforme disposto na Lei de Orçamento Anual de 2017, Lei nº 13.414/2017, Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2017, Lei 13.408/2016 e com o Plano Plurianual - PPA 2016/2019, Lei nº 13.249 de 13/01/2016, nos termos do inciso II, do artigo 16, da Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), da seguinte forma:

Funções Programáticas: 26.301.2126.2004.0001 (Administração da Unidade)
Natureza da Despesa: 33.90.39.50 (Serviço médico-hospitalar, odontológico e ambulatorial); **Fonte de Recursos:** 0100.

4. DO CREDENCIAMENTO:

4.1. O cadastro no SICAF poderá ser iniciado no Portal de Compras do Governo Federal, no sítio www.comprasgovernamentais.gov.br, com a solicitação de login e senha pelo interessado. Para efeitos deste item, VALEC não é unidade cadastradora do SICAF.

4.2. O credenciamento junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade do licitante ou de seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes a este Pregão.

5. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:

5.1. Poderão participar deste Pregão Eletrônico as pessoas cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto desta licitação, que atendam às exigências, inclusive quanto à documentação, constantes deste Edital e seus Anexos e que estejam com Credenciamento regular no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, conforme disposto no art. 8º, § 3º da Instrução Normativa nº 02/2010-MPOG.

5.2. O cadastramento no SICAF deverá ser realizado pelos interessados em quaisquer das Unidades Cadastradoras situadas em órgão ou entidade da Administração Pública. Para efeitos deste item, a VALEC **não** é Unidade Cadastradora do SICAF.

5.3. Além dos casos previstos no artigo 9º da Lei nº 8.666/1993, **não** poderá participar do presente Pregão o licitante que:

5.3.1. Esteja reunido sob a forma de consórcio;

5.3.2. Tenha sofrido decretação de falência, dissolução, concurso de credores, concordata ou insolvência, bem como aquele que esteja em processo de liquidação, recuperação judicial ou extrajudicial;

5.3.3. Que tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contratar com a Administração Pública ou com qualquer de seus órgãos descentralizados, nos termos do artigo 7º da Lei 10.520/2002, e subsidiariamente do art. 87 da Lei 8.666/93, conforme consulta nos seguintes cadastros:

- a) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS;
- b) Certidão Negativa de Inidôneos emitida pelo Tribunal de Contas da União – CNI/TCU;
- c) Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF;
- d) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa do Conselho Nacional de Justiça.

5.3.4. Esteja cumprindo a penalidade de suspensão temporária de participação em licitação e impedimentos de contratar com a Administração Pública Federal ou entidades vinculadas (Acórdão 2081/2014 – Plenário/TCU). Será considerado o âmbito de abrangência da penalidade, desde que devidamente registrado nos cadastros acima indicados.

5.3.5. Possua em seu contrato ou estatuto social finalidade ou objeto incompatível com o deste Pregão Eletrônico;

5.4. É expressamente vedada a cessão, subcontratação ou sub rogação, no todo ou em parte, o objeto da presente licitação.

DA PARTICIPAÇÃO DE MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (ME/EPP):

5.5. É permitida a participação de ME/EPP, que deverão apresentar comprovação de enquadramento em um dos regimes, para que obter o benefício do tratamento diferenciado e favorecido na presente licitação, na forma do disposto na Lei Complementar nº 123/06, alterada pela Lei Complementar nº 147/2014.

5.1.1. Como condição para aplicação do tratamento diferenciado, O Pregoeiro consultará o Portal da Transparência do Governo Federal (www.portaldatransparencia.gov.br), seção “Despesas – Gastos Diretos do Governo – Favorecido (pessoas físicas, empresas e outros)”, para verificar se o somatório dos valores recebidos pela ME/EPP, no exercício anterior, extrapola o limite de R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais), em caso de início de atividade no exercício considerado.

5.1.2. A consulta também abrangerá o exercício corrente, para verificar se os valores recebidos até o mês anterior ao da sessão pública da licitação, extrapola os limites acima referidos, acrescidos do percentual de 20% (vinte por cento).

5.1.3. Constatada a ocorrência de qualquer das situações que extrapolar o limite legal, O Pregoeiro indeferirá a aplicação do tratamento diferenciado em favor do licitante, conforme artigo 3º, §§ 9º, 9º-A, 10 e 12, da Lei Complementar nº 123/2006, sem prejuízo das penalidades descritas neste edital.

5.1.4. O Pregoeiro poderá exigir, além da Declaração de ME/EPP registrada na junta Comercial, a Demonstração de Resultado de Exercício – DRE para fins de confirmação da Receita Bruta auferida no exercício anterior.

6. DOS ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÕES:

6.1. Qualquer esclarecimento em relação ao Edital e seus Anexos deverá ser encaminhado, por escrito, em até 03 (três) dias úteis anteriores à data fixada para abertura da sessão pública, ao Pregoeiro, no endereço eletrônico: gelic@valec.gov.br, devendo ser informado no campo “Assunto”, a modalidade e o número da licitação (**Edital nº 015/2017 - Pregão Eletrônico**), observado o horário de funcionamento da VALEC, de 8h às 18h.

6.1.1. Esclarecimentos enviados fora do horário indicado, no último dia do prazo, serão considerados intempestivos e não serão respondidos.

6.1.2. As respostas serão divulgadas exclusivamente no site Comprasnet e em eventuais Cadernos de Perguntas e Respostas a serem disponibilizados no endereço eletrônico www.valec.gov.br e se vinculam ao Edital.

6.1.3. DÚVIDAS SOBRE O COMPRASNET: As dúvidas acerca da operacionalização do sistema Comprasnet deverão ser esclarecidas junto à **Central de Serviços do Serpro** por meio do telefone **0800-9782329**.

6.2. Até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa física ou jurídica poderá impugnar o ato convocatório deste Pregão:

6.2.1. A(s) impugnação(ões) deverá(ão) ser encaminhada(s) à Gerência de Licitações – GELIC, pelo e-mail: gelic@valec.gov.br, no horário de 8h às 18h.

6.2.2. Impugnações enviadas fora do horário indicado, no último dia do prazo, serão consideradas intempestivas e não serão conhecidas.

6.2.3. As impugnações enviadas em nome de Pessoa Jurídica deverão ser acompanhadas de cópia do contrato social e se protocolada por representante, incluir-se-á procuração, sempre com a documentação de identificação do outorgado.

6.2.4. As impugnações protocoladas de forma diversa da estipulada acima ou interpostas fora do prazo legal estabelecidos, não serão acatadas.

6.2.5. Caberá ao Pregoeiro, decidir sobre a impugnação no prazo de até 24h (vinte e quatro horas).

6.2.6. Acolhida a impugnação será designada uma nova data para a abertura do certame.

7. DO CADASTRO DAS PROPOSTAS:

7.1. O licitante deverá, até a abertura da sessão pública, cadastrar a sua Proposta no Comprasnet nos itens/grupos que forem de seu interesse, manifestando em campo próprio do sistema eletrônico a descrição detalhada do objeto ofertado, de forma mínima, sem identificação do proponente, bem como preencher as demais declarações que se fizerem necessárias.

7.1.1. Em caso de participação em grupos, deverá oferecer proposta para todos os itens que o compõem.

7.2. O cadastro da Proposta no Comprasnet implica a aceitação integral e irretratável dos termos do presente Edital, não sendo admitidas alegações de desconhecimento de fatos e condições que impossibilitem ou dificultem a execução do objeto licitado.

8. DO PROCEDIMENTO LICITATÓRIO:

8.1. Na data e horário previstos no preâmbulo, terá início a sessão pública do presente certame, com a divulgação das Propostas de Preços recebidas e início da etapa de lances, conforme Edital e de acordo com o Decreto nº 5.450/05.

8.2. Incumbe ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão e possíveis mensagens que sejam enviadas até a homologação final do certame, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante

da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão, sendo responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico.

8.3. Após a abertura da sessão, o Pregoeiro poderá suspendê-la, adiá-la ou reabri-la a qualquer momento, informando previamente os Licitantes por meio do Chat.

8.4. O Pregoeiro verificará as propostas apresentadas, desclassificando desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, ou que contenham identificação do proponente.

8.5. No caso de eventual empate entre propostas, o sistema promoverá automaticamente sua ordenação.

8.5.1. Se permanecerem empatadas, pois as propostas foram dadas em tempos exatamente iguais, o pregoeiro poderá propor às empresas com propostas empatadas, um desempate, condicionado ao envio de um único lance via chat. Aquela que ofertar o menor lance, será a ganhadora, sendo que o valor deste lance que desempatou o certame, será inserido, na fase de Aceitação, no campo "Valor Negociado", com a devida justificativa.

8.5.2. Se nenhuma empresa convocada para o desempate quiser ofertar o lance ou se por casualidade, o lance for o mesmo, o pregoeiro deverá proceder novamente o procedimento anterior, via chat, até obter o desempate.

DA FASE DE LANCES:

8.6. Iniciada a fase de lances a ser realizada exclusivamente por meio do Sistema Comprasnet, serão observadas as seguintes regras:

8.6.1. Os lances deverão ser formulados sucessivamente de acordo com o valor de cada item/grupo licitado.

8.6.2. O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ele ofertado, ainda que superior ao menor registrado no sistema;

8.6.3. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar;

8.6.4. Serão excluídos pelo Pregoeiro os lances considerados simbólicos, irrisórios ou de valor igual a zero, incompatíveis com os praticados no mercado e com os custos estimados para a execução do objeto.

8.7. No caso de desconexão do Pregoeiro, no decorrer da etapa de lances, se o sistema eletrônico permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

8.8. Quando a desconexão persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão será suspensa e reiniciada somente após comunicação prévia e expressa do Pregoeiro aos Licitantes no Comprasnet.

8.9. A etapa competitiva será encerrada a qualquer momento, mediante Aviso de Iminência, emitido pelo sistema eletrônico aos licitantes, após o que, transcorrerá período de tempo de até 30 (trinta) minutos determinado, também, pelo sistema eletrônico, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

8.10. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta e, na hipótese de desistência de apresentar outros lances, valerá o último lance por ele ofertado, para efeito de ordenação das propostas.

8.11. Encerrada a fase de lances, se o melhor lance não tiver sido ofertado por ME/EPP e houver lance de ME/EPP de porte igual ou superior em até 5% (cinco por cento) àquele, proceder-se-á a fase de desempate.

8.11.1. O sistema convocará a ME/EPP para, no prazo de 5 (cinco) minutos, controlados pelo Sistema, encaminhar uma última oferta, obrigatoriamente abaixo da primeira colocada para o desempate.

8.11.2. Caso a ME/EPP não oferecer valor inferior, o sistema convocará as licitantes ME/EPP remanescentes que porventura se enquadrem na mesma condição, seguindo-se a ordem de classificação para o exercício do mesmo direito.

8.11.3. Caso o sistema convoque todas as ME/EPP e estas deixem de ofertar menor valor, o Pregoeiro convocará o próximo licitante para ofertar melhor lance, prosseguindo-se a sessão pública.

8.12. Encerrada a fase de lances, e eventual procedimento de desempate, o Pregoeiro verificará as condições de participação do licitante classificado em primeiro lugar e, estando em conformidade, iniciará a etapa de negociação de preços via chat, com o fim de obter proposta mais vantajosa por meio de contraproposta, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes, vedada a negociação em condições diversas das previstas neste Edital.

8.13. O licitante classificado em primeiro lugar deverá enviar pelo Sistema Comprasnet, via Convocação de Anexo, **no prazo mínimo de 2h** (duas horas), a contar da convocação, a Proposta de Preços e Documentação de Habilitação, devidamente atualizados, em conformidade com o último lance ofertado, indicando expressamente a marca que será fornecida.

8.13.1. A critério do Pregoeiro, poderá ser concedido prazo superior ao mínimo estabelecido, bem como poderá ser solicitado o envio somente da Proposta de Preços e posteriormente, via nova convocação, o envio da documentação de habilitação.

8.14. O não atendimento da convocação referida no subitem anterior acarretará na desclassificação da proposta.

8.15. É facultado ao Pregoeiro a realização de diligência destinada a esclarecer ou a confirmar a veracidade das informações, prestadas pelo Licitante, constantes de sua Proposta e de eventuais documentos a ela anexados.

DAS HIPÓTESES DE DESCLASSIFICAÇÃO:

8.16. Será desclassificado o licitante que:

- a) Após diligência realizada pelo Pregoeiro nos sítios oficiais, constatar o desenquadramento da condição de ME/EPP;
- b) Não atender qualquer solicitação realizada pelo Pregoeiro, via chat, no prazo estabelecido;

- c) Deixar, injustificadamente, de cumprir a diligência solicitada pelo Pregoeiro;
- d) Deixar, injustificadamente, de responder à convocação via chat realizada pelo Pregoeiro;
- e) Enviar a documentação por meio divergente do solicitado pelo Pregoeiro;
- f) Não enviar a documentação pela ferramenta “Convocar Anexo” no prazo estabelecido pelo Pregoeiro;
- g) Não manter sua proposta após a data e hora da abertura do certame, sob pena das sanções previstas no art. 7º da Lei nº 10.520/2002.

8.17. Será desclassificado o licitante que apresentar a Proposta de Preços que:

- a) Esteja em desacordo com o Edital;
- b) Apresentem irregularidades insanáveis;
- c) Majorar itens não elencados para correção em diligência
- d) Cujos valores global e/ou unitários sejam superiores ao limite estabelecido no Termo de Referência;
- e) Cujos valores forem inexequíveis, assim considerados aqueles que não tenham sua viabilidade demonstrada pelo Licitante;

8.18. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

8.19. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

8.20. Caso julgue necessário, o Pregoeiro poderá solicitar à licitante classificada em primeiro lugar que evidencie a exequibilidade de seu lance ofertado, por meio de justificativas e documentos, os quais serão encaminhados para análise da área requisitante, a fim de que possa emitir parecer acerca da exequibilidade, caso apresentem preços global e/ou unitários simbólicos, irrisórios ou incompatíveis com os preços dos insumos e valores de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, ainda que o Edital não tenha estabelecido limites mínimos, exceto quando se referirem a materiais e instalações de propriedade do próprio licitante, para os quais ele renuncie a parcela ou à totalidade da remuneração.

8.21. A Proposta considerada inexequível será recusada pelo Pregoeiro, hipótese em que será convocado o próximo colocado, podendo negociar melhor valor para fins de aceitação.

9. DA PROPOSTA DE PREÇOS:

9.1. A proposta vencedora deverá ser emitida em papel timbrado que identifique o licitante, sem emendas, rasuras ou entrelinhas. A proposta deverá estar datada e assinada por seu Representante Legal ou Procurador, com indicação de número da cédula de identidade, órgão emissor, número de CPF e o cargo por ele ocupado na empresa e ainda deverá conter:

- a) O número do Pregão Eletrônico, data e hora da sua realização;
- b) O nome, a razão social da licitante, CNPJ, endereço, telefones, fax, endereços eletrônicos e funcionário de contato;
- c) As especificações detalhadas do(s) bem(ns)/serviço(s) ofertado(s);
- d) O prazo de validade não inferior a 120 (cento e vinte) dias, contados da data de abertura do presente Pregão Eletrônico;
- e) Documentos que contenham as características detalhadas do objeto, tais como catálogo, folhetos, “folder”, etc.
- f) O preço ofertado deverá ser expresso em REAL (R\$), limitado a 02 casas decimais, devendo ser desprezadas as demais;
- g) Para fins de cálculo das planilhas, somente serão consideradas 2 (duas) casas decimais, sendo as demais desconsideradas, não sendo permitido o arredondamento.
- h) Declaração expressa, de que nos preços cotados estão incluídas todas as despesas relativas à entrega dos produtos adquiridos ou realização dos serviços nos locais discriminados no Termo de Referência, bem como de todos os tributos e encargos de qualquer natureza que, direta ou indiretamente, incidam sobre o valor do eventual fornecimento;
- i) Os dados bancários para recebimento (pagamento) em nome da licitante: Nome e número do Banco, agência e conta corrente.
- j) A planilha de preços que indique o valor unitário dos itens, bem como o valor total do(s) grupo(s) licitado(s), conforme modelo constante do item 15 do Anexo I deste Edital;
- k) Eventuais Memórias de Cálculo que se fizerem necessárias;
- l) Caso a proposta seja assinada por representante da empresa, esta deverá estar acompanhada de cópia de procuração por instrumento público e de cópia de documento de identificação do procurador.

9.2. O Pregoeiro poderá, justificadamente, sanar erros ou falhas que não alterem a substância das Propostas, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de classificação.

9.3. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a licitante.

10. DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

10.1. A proponente deverá apresentar os seguintes documentos de habilitação, caso não conste do SICAF, dele conste vencida, ou não opte por sua habilitação pelo Cadastro:

10.1.1. Habilitação Jurídica:

I. Documento de Identificação contendo todos os dados dos responsáveis legais da proponente.

II. No caso de empresário individual: Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis na Junta Comercial da respectiva sede.

III. No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada – EIRELI: Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores devidamente publicados e acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

IV. No caso de sociedade simples: Inscrição do Ato Constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local da sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores.

V. No caso de microempresa (ME) ou empresa de pequeno porte (EPP): Certidão expedida pela Junta Comercial ou pelo Registro Civil das Pessoas Jurídicas, conforme o caso, que comprove a condição de ME/EPP, nos termos do art. 8º da Instrução Normativa nº 103, de 30/04/2007, do Departamento Nacional de Registro do Comércio – DNRC. Caso julgue necessário, o Presidente da CPL poderá solicitar a Demonstração do Resultado do Exercício – DRE para fins de aferição da Receita Bruta.

VI. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir (art. 28, V da Lei 8.666/93).

VII. Procuração por instrumento público, comprovando a delegação de poderes para assinatura e rubrica dos documentos integrantes da habilitação e propostas, quando estas não forem assinadas por diretor(es), com poderes estatutários para firmar compromisso.

10.1.2. Qualificação Técnica:

I. Comprovação de registro junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

II. Apresentar, pelo menos, 01 (um) atestado ou declaração de capacidade técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que a licitante executa ou executou serviços compatíveis com o objeto da licitação.

10.1.3. Qualificação Econômico-Financeira:

III. Certidão negativa de falência, recuperação judicial ou concordata, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física (artigo 31 da Lei nº 8.666/93) em data não superior a 120 (cento e vinte) dias.

IV. Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que

comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

a) O Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis, quando se tratar de Sociedade Anônima, deverão ser apresentados na forma de publicação em órgão da imprensa público ou privado de acordo com a legislação vigente.

b) O Balanço Patrimonial e as demonstrações contábeis deverão estar registrados na Junta Comercial ou órgão equivalente, devidamente assinados pelo representante legal da empresa e do contador responsável, (art. 19, § 2º da IN nº 02/2010-MPOG);

10.1.3.1. Com base nos dados extraídos do balanço será avaliada a capacidade financeira da empresa, em conformidade com o art. 19, Inciso XXIV da Instrução Normativa nº 06/2013- MPOG, da seguinte forma:

a) Por meio de **Índices de Liquidez** Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), que deverão ser maiores ou iguais a 1 (um), resultantes da aplicação das fórmulas abaixo, com os valores extraídos de seu balanço patrimonial ou do SICAF:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

b) Alternativamente, no caso de índices inferiores a 1 (um), proponente deverá comprovar possuir **capital social ou comprovação de patrimônio líquido de 10% (dez por cento)** do valor estimado da contratação.

10.1.4. Regularidade Fiscal e Trabalhista:

I. Regularidade Fiscal Federal:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- b) Prova de Regularidade com a Fazenda Federal mediante Certidão Conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União emitida pela Receita Federal do Brasil – RFB/PGFN;
- c) Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS;
- d) Certificado de Regularidade relativa ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;

II. Regularidade Fiscal Estadual/Municipal:

a) Prova de inscrição no Cadastro Municipal de Contribuintes, relativo ao domicílio ou sede da proponente, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação;

b) Receita Estadual/Distrital

c) Receita Municipal

III. Regularidade Trabalhista: Prova da Regularidade Trabalhista por meio de Certidão emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho, conforme o art. 27, inciso IV da Lei 8.666/93.

IV. Declarações constantes do Sistema Comprasnet: deverão ser preenchidas todas as declarações constantes do sistema que serão impressas pelo Pregoeiro.

10.2. Todos os documentos apresentados para habilitação deverão ser apresentados em nome da licitante, com número do CNPJ e com o endereço respectivo.

a) Se a licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em seu nome;

b) Se a licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome desta, exceto àqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz, e os atestados de capacidade técnica, que podem ser apresentados em nome e CNPJ da matriz e/ou em nome e com o CNPJ da filial.

10.3. Caso a licitante opte por não realizar sua consulta por meio do Sistema SICAF, fica obrigada a apresentar todos os documentos que constem originalmente na consulta de habilitação parcial do SICAF, acima listados.

10.4. Será exigida a comprovação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte, mesmo que esta apresente alguma restrição. Neste caso, será concedido o prazo de 5 (cinco) dias úteis para sua regularização, prorrogáveis por igual período, cujo termo inicial se dará no momento em que o licitante for declarado vencedor do certame, consoante o artigo 43 da Lei Complementar nº 123/06, alterada pela Lei Complementar nº 147/2014.

10.5. As certidões que não apresentarem em seu teor, data de validade previamente estabelecida pelo órgão expedidor, deverão ter sido expedidas até 120 (cento e vinte) dias antes da data da abertura das propostas.

10.6. Será INABILITADO SUMARIAMENTE o licitante que:

a) Enviar a documentação por meio divergente do solicitado pelo Pregoeiro;

b) Enviar documentação incompleta em desacordo com o Edital;

c) Não enviar a documentação pela ferramenta “Convocar Anexo” no prazo estabelecido pelo Pregoeiro;

d) Não enviar a documentação original no prazo estabelecido pelo Pregoeiro;

- e) Enviar documentação original divergente daquela disponibilizada no Sistema Comprasnet;

10.7. Após a realização da habilitação no Sistema Comprasnet, o licitante deverá encaminhar toda a documentação original ou em cópia autenticada para a Superintendência de Licitações de Contratos, no escritório da VALEC em Brasília situado no SAUS, Quadra 01, Bloco 'G', Lotes 3 e 5, 12º andar, Asa Sul, CEP: 70.070-010, Brasília/DF, aos cuidados do Pregoeiro Oficial, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, contados a partir da Habilitação da Licitante.

11. DOS RECURSOS:

11.1. Existindo intenção de interpor recurso, a licitante deverá manifestá-la **motivadamente**, ao Pregoeiro imediatamente após a divulgação da vencedora, **exclusivamente por meio eletrônico**, em formulário próprio, explicitando sucintamente suas razões.

11.2. Sendo aceita a intenção de recurso, será concedido prazo improrrogável de 3 (três) dias úteis para apresentação de suas razões, que deverá ser enviada **exclusivamente** pelo sistema Comprasnet.

11.3. Não serão aceitas intenções de recurso com motivação imprecisa, genérica, vaga, infundada, sem indicação mínima de qual item do edital foi descumprido.

11.4. Não serão aceitas razões de recurso em desacordo com a motivação expressa na intenção.

11.5. Os demais licitantes, que tiverem interesse, ficarão desde logo notificados a apresentarem contrarrazões, exclusivamente pelo sistema Comprasnet, no mesmo prazo improrrogável de 3 (três) dias úteis, a contar do término do prazo da recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos, no local indicado no Edital.

12. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO:

12.1. O objeto da licitação será adjudicado ao Licitante declarado vencedor, por ato do Pregoeiro, caso não haja interposição de recurso, ou pela autoridade competente, após a regular decisão dos recursos apresentados.

12.2. Após a fase recursal, constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente homologará o procedimento licitatório.

13. DA CONVOCAÇÃO DA LICITANTE VENCEDORA:

13.1. Após a homologação do resultado da licitação, os proponentes serão convocados para assinatura do respectivo instrumento de Contrato, por ordem de classificação, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da expressa convocação.

13.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte, durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela VALEC.

13.3. Na hipótese de que a Licitante vendedora não compareça ou recuse-se, de maneira injustificada, a cumprir com o objeto ora contratado, fica facultado à VALEC convocar os Licitantes remanescentes, por ordem de classificação, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas neste Edital.

14. DAS CONDIÇÕES DA CONTRATAÇÃO:

14.1. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA: Deverão ser observadas as exigências contidas no item 19 do Termo de Referência, e na Minuta de Contrato.

14.2. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE: Deverão ser observadas as exigências contidas no item 20 do Termo de Referência, e na Minuta de Contrato.

14.3. DO CRITÉRIO DE PAGAMENTO: Deverão ser observadas as exigências contidas no item 22 do Termo de Referência e na Minuta de Contrato.

a) O prazo de pagamento não poderá ser superior a trinta dias, contado a partir da data final do período de adimplemento de cada parcela, conforme exigência do art. 40, XIV, “a” da Lei nº 8666/93.

b) Deverá ser observado o Cronograma de Desembolso máximo por período, em conformidade com a disponibilidade de recursos financeiros, para atendimento da exigência do art. 40, XIV, “b” da Lei nº 8666/93.

c) O prazo do contrato deverá ser compatível com os respectivos créditos orçamentários ou a especificação de inclusão da despesa no PPA.

14.4. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO: Deverão ser observadas as exigências contidas no item 25 do Termo de Referência e na Minuta de Contrato.

14.5. DAS SANÇÕES E MULTAS: Deverão ser observadas as exigências contidas nos itens 21 do Termo de Referência e na Minuta de Contrato.

14.6. DA GARANTIA DO OBJETO: Deverão ser observadas as exigências contidas no item 24 do Termo de Referência e na Minuta de Contrato.

14.7. DA RESCISÃO: Deverão ser observadas as exigências contidas na Minuta do Instrumento Contratual.

14.8. DO RECEBIMENTO DO OBJETO: Deverão ser observadas as exigências contidas nos subitens 25.1.4 e 25.1.5 do Termo de Referência e na Minuta de Contrato.

14.9. DA CESSÃO, SUB-ROGAÇÃO E SUBCONTRATAÇÃO: Não serão permitidas na presente contratação.

14.10. DA VIGÊNCIA: O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, com vantagens para a administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disposto no inciso II do artigo 57 da Lei nº 8.666/93.

15. DA SANÇÃO EDITALÍCIA:

15.1. Quem, convocado dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a União e, será descredenciado no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa de até 10% (dez por cento) do valor estimado para a contratação, em caso de infração no procedimento licitatório e sem prejuízo das multas contratuais demais cominações legais.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

16.1. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

16.2. As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre as interessadas, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

16.3. Os horários estabelecidos no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão, para todos os efeitos, o horário de Brasília/DF, inclusive para contagem de tempo e registro no sistema eletrônico e na documentação relativa ao certame, conforme estabelecido o § 5º, do artigo 17 do Decreto nº 5.450/2005.

16.4. A presente licitação poderá ser revogada por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar sua revogação, devendo ser anulada por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito devidamente fundamentado, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

16.5. A minuta de Contrato foi elaborada pela Gerência de Contratos e Convênios - GECOC, sendo de sua inteira responsabilidade as informações e Cláusulas nela contidas.

16.6. O presente Edital foi elaborado em conformidade com a documentação constante na fase interna do processo administrativo acima identificado, encaminhado pela GEREH/SUREH, e aprovado pela Diretoria de Administração e Finanças, sendo de sua inteira responsabilidade as informações e exigências técnicas contidas no Termo de Referência.

ANEXO I: TERMO DE REFERÊNCIA**1. INTRODUÇÃO**

1.1 – O presente Termo de Referência visa descrever as condições básicas necessárias para realização do procedimento licitatório, que irá resultar na contratação dos serviços de Assistência Médica e Hospitalares destinados aos empregados da Valec, regidos pelo Plano de Benefícios e Vantagens de novembro de 1988, e seus dependentes.

2. OBJETO

2.1 – Contratação de serviços de Assistência Médica e Hospitalares destinados à cobertura dos custos médico-hospitalares, serviços auxiliares de diagnose, terapia e consultas médicas, com livre escolha, rede referenciada ou credenciada da CONTRATADA, em caso de doença pessoal ou gravidez, conforme condições e exigências do Edital e seus Anexos.

3. JUSTIFICATIVA

3.1 – O benefício está previsto no capítulo 7 do Plano de Benefícios e Vantagens, instituído em novembro/1988 pela VALEC e Acordo Coletivo de Trabalho vigente.

3.2 – A contratação almejada poderá estender-se por mais de um exercício financeiro, caracterizando-se como serviço continuado, conforme alínea f, inciso I, artigo 15 da IN nº 002/2008-SLTI/MPOG, sendo obrigação da empresa em fornecer o benefício os seus empregados em conformidade com a previsão legal informada acima.

3.3 – O não fornecimento do benefício da assistência à saúde ocasionara descumprimento das obrigações legais da CONTRATANTE, conforme previsto no Plano de Benefícios e Vantagens/88 e Acordo Coletivo de Trabalho.

4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

4.1 – Por tratar-se de serviço comum, a presente contratação será realizada por meio de pregão eletrônico, regida pela Lei 10.520, de 17/07/2002, Decreto nº 5.450, de 31/05/2005 e Lei nº 8.666, de 21/06/0993, com as devidas alterações posteriores, bem como fundamentada pela lei 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, e demais resoluções normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 338/2013, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.

5. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

5.1 – O critério de julgamento das propostas será o de menor preço mensal, considerando o prazo de vigência do contrato.

6. CARÊNCIA

6.1 – Para adesão ao Plano de Assistência Médico-Hospitalar será assegurada carência zero ao beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, desde que o cadastramento seja efetuado no período de até 30 (trinta) dias, nas situações de inclusão por admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro Saúde, bem como a reinclusão por afastamento temporário das obrigações trabalhistas e de licença maternidade. Após este prazo poderão ser estabelecidas as carências de acordo com a legislação que rege o assunto.

7. ABRANGÊNCIA

7.1 – A Assistência médico-hospitalar destinará aos empregados da Contratante e seus dependentes, para atendimento em todo o território nacional, especialmente nas Regiões de Brasília (DF), Bahia (BA), Goiás (GO), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Tocantins (TO).

7.2 – Os empregados aposentados, que não possuem vínculo empregatício com a Valec, permanecerão no plano, custeando-o.

8. COBERTURA

8.1 - Estão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

8.2 – Coberturas Assistenciais

8.2.1 – Cobertura da participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, caso haja indicação clínica.

8.2.2 – As ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época da realização do evento.

8.2.3 – Cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

8.2.4 – Estão cobertos os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitados os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

8.2.5 – Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura.

8.2.6 – Cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

8.2.7 – Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento, de acordo com a segmentação contratada.

8.3 – Coberturas Ambulatoriais.

8.3.1 – Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, efetuadas por profissionais legalmente registrados no Conselho Regional de Medicina – CRM, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

8.3.2 – Cobertura de serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado.

8.3.3 – Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

8.3.4 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, de acordo com a indicação do médico assistente.

8.3.5 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

8.3.6 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

8.3.7 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

8.3.8 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob

intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

8.3.9 – Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

8.3.10 – Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

8.3.11 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

8.3.12 – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

8.3.13 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial.

8.3.14 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

8.4 – Coberturas Hospitalares

8.4.1 – Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.4.2 – Nos casos das internações exclusivamente psiquiátricas, quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de vigência do Segurado, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) ou o valor máximo permitido pela ANS, definido em normativos vigentes.

8.4.3 – Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva ou Similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade a critério do médico assistente.

8.4.4 – Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do Segurado, durante o período de internação.

8.4.5 – Definem-se honorários médicos como aqueles honorários do cirurgião, auxiliares e anestesista, de acordo com os serviços realizados durante o período de internação do Segurado, bem como serviços gerais de enfermagem e alimentação.

8.4.6 – Cobertura de honorários referentes à visita médica durante os períodos de internação hospitalar, conforme justificativa do médico assistente.

8.4.7 – 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.

8.4.8 – Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.

8.4.9 – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

8.4.10 – Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

8.4.11 – O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela Contratada, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

8.4.12 – Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a Contratada, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela Contratada.

8.4.13 – Cobertura de diárias e taxas hospitalares, de acordo com o serviço realizado, incluindo os materiais cobertos utilizados, durante período de internação.

8.4.14 – Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos. As despesas com alimentação, somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, e pessoas portadoras de necessidades especiais. As despesas com alimentação somente serão cobertas quando fornecidas pelo Hospital;

c) exclusivamente a acomodação, para os segurados maiores de 18 (dezoito) anos, que optaram por planos com acomodação em apartamento.

8.4.15 – Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

8.4.16 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar.

8.4.17 – Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

8.4.18 – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

8.4.19 – Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme disposições deste contrato;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

8.4.20 – É assegurada a cobertura para transplante de órgãos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

8.4.21 – O Segurado candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver deverá estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção conforme legislação vigente.

8.4.22 – É garantida a cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, ficando a critério do médico-assistente do Segurado a sua indicação.

8.4.23 – Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, para tratamento dos seguintes diagnósticos:

CID 10 DA OMS	Diagnóstico
F10 e F14	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa.
F20 a F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.
F30 e F31	Transtornos do Humor.
F84	Transtornos globais do desenvolvimento.

8.4.24 – Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Segurado a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

8.5 – Home Care

8.5.1 – Em que pese a não cobertura para Home Care no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, será garantida a assistência domiciliar ao segurado internado como uma ferramenta de gestão do sinistro em substituição à internação

hospitalar, desde que haja comum consenso entre as partes envolvidas ou seja, entre a Contratante, Contratada, família do segurado e o médico assistente.

8.6 – Além de todas as coberturas citadas na Cobertura Hospitalar, ficam acrescidos os itens a seguir:

8.6.1 – Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, bem como a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

8.6.2 – A cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Segurado Titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias, ocorrerá desde que o Segurado Titular ou dependente tenha cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias de carência. Caso não tenha cumprido, a assistência ao recém-nascido, deve respeitar a carência já cumprida pelo Segurado Titular ou dependente.

8.6.3 – Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la.

8.6.4 – Entende-se pós-parto por 48 (quarenta e oito) horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente.

8.7 – Remoção

8.7.1 – Só será coberta quando realizada por via terrestre e desde que justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, respeitado ainda, a necessidade de validação prévia.

8.7.2 – A remoção estará coberta após atendimentos de urgência e emergência, conforme condições descritas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência.

9. COBERTURAS EXCLUÍDAS

9.1 – Tratamento médico e/ou hospitalar decorrente de casos de cataclismos, guerras e comissões internas, quando declarados pela autoridade competente.

9.2 – Internações Hospitalares, tratamentos ambulatoriais, mesmo que decorrentes de situações de Emergência e/ou Urgência, exames, terapias e consultas médicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Medicina – CRM.

9.3 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e tratamentos cirúrgicos para alterações do

corpo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época do evento.

9.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

9.5 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética.

9.6 – Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular.

9.7 – Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética.

9.8 – Tratamentos realizados em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, spas, estabelecimento para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

9.9 – Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aquele produzido fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

9.10 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

9.11 – Vacinas e autovacinas.

9.12 – Inseminação artificial.

9.13 – Internações clínicas ou cirúrgicas, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente.

9.14 – Equipamentos e aparelhos, alugados ou adquiridos, após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários a continuidade do tratamento do Segurado.

9.15 – Quaisquer despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar do Segurado durante o período de Internação Hospitalar, tais como serviços telefônicos, itens do frigobar, jornais, TV, estacionamento, etc.

9.16 – Remoções realizadas por via aérea ou marítima.

9.17 – Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados no país, ou considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou cujas indicações não constem da bula/manual registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

9.18 – Tratamentos ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza, inclusive os decorrentes de Acidente Pessoal, exceto os procedimentos cirúrgicos odontológicos buco-maxilo-faciais constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e ocorridos em regime de internação hospitalar.

9.19 – Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente.

9.20 – Exames Admissionais, Periódicos e Demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, para academias de ginástica ou aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação – CNH.

9.21 – Fornecimentos de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela CITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde.

9.22 – Procedimentos que não constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a Segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, vigente na data de realização do evento.

10. REEMBOLSO

10.1 – O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

10.2 – O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

10.3 – O valor mínimo para reembolso de consultas será de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais)

10.3 – Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da Contratada, exceto para urgência e emergência.

10.4 – Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

10.5 – Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

10.6 – Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela da Contratada, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela da Contratada para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela da Contratada. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

10.7 – Medicamentos e Materiais

10.7.1 – O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a CONSU 08 – ANS, alterada pela CONSU 15 – ANS.

10.8 – Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

10.9 – O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela da Contratada, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

10.10 – Tabelas

10.10.1 – Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela da Contratada que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Contratada.

10.10.2 – Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

10.10.3 – Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela da Contratada. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

10.10.4 – Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela da Contratada, e variam de acordo com o plano contratado.

10.10.5 – Deverá ser apresentado o múltiplo de reembolso para consultas médicas de 2 (duas) vezes a Tabela da Contratada.

10.10.6 – Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro saúde.

10.10.7 – O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Contratada e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada, e a data de reajuste da US do prêmio mensal.

10.10.8 – O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico da apólice.

10.10.9 – O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

*Prevista na Tabela da Contratada para o procedimento realizado

**Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

10.10.11 – O valor correspondente a coparticipação prevista na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

10.10.12 – O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

10.10.13 – A Contratada manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

10.10.14 – O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

10.10.15 – É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.

10.10.16 – Antes do recebimento do Cartão de identificação para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

10.10.17 – O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

10.10.18 – Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

- a) Cópia do cartão de identificação, para os casos de solicitação de reembolso enviados pelo próprio beneficiário;
- b) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:
 - Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;
 - Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;
 - Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Contratada;
- b) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

10.10.19 – Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Contratada solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1. – Beneficiários Titulares

11.1.1 – Os empregados integrantes do quadro de pessoal da CONTRATANTE, conforme disposto no Plano de Benefícios e Vantagens/88:

11.2 – Dependentes Legais

11.2.1 – Cônjuge ou companheira desde que apresentada à escritura declaratória de união estável, devidamente registrada em cartório, ou que possua filho em comum com o titular.

11.2.2 – Cônjuge ou companheiro (a) inválido sem economia própria.

11.2.3 – Filhos de qualquer condição e enteados, solteiros, menores de 18 (dezoito) anos do sexo masculino e 21 (vinte e um) se do sexo feminino, sem economia própria.

11.2.4 – Filhos de qualquer condição e enteados, solteiros, maiores, até 24 (vinte e quatro) anos, sem economia própria que estejam cursando estabelecimento de ensino superior.

11.2.5 – Filhos de qualquer condição e enteados, inválidos, sem limite de idade.

11.2.6 – Menor sem economia própria, por determinação judicial, que se encontre sob a guarda do empregado, nos termos do Código Civil Brasileiro.

11.2.7 – Mãe e pai, madrasta e padrasto, sogro e sogra, se declarado no Imposto de Renda.

11.2.8 – Empregados que vivam em união estável homoafetiva ou estejam casados nesta condição de homo afetividade.

11.3 – Beneficiários Agregados:

11.3.1 – O beneficiário titular deverá arcar integralmente com o custo do plano de assistência médico-hospitalar dos beneficiários abaixo:

11.3.2 – Filhos e enteados com idade igual e superior a 21 (vinte e um) anos, que não estejam cursando ensino superior.

11.4 – É vedada mais de uma inscrição do mesmo dependente, ainda que mantida tal qualidade em relação a mais de um empregado.

11.5 – A CONTRATADA não restringirá o ingresso de novos usuários no Plano de Saúde, respeitadas as definições contidas na Resolução Normativa nº 195 – ANS,

11.6 – É garantida a manutenção no Plano de Saúde dos empregados demitidos, sem justa causa, ou aposentados, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assuma integralmente o respectivo custeio.

12. HABILITAÇÃO

12.1 – A habilitação do beneficiário previsto neste Termo de Referência ocorrerá:

12.1.1 – Na data de admissão, no caso dos beneficiários relacionados no item 11.1.

12.1.2 – Mediante certidão de casamento, certidão de nascimento, escritura pública ou título de adoção, devidamente averbado no registro civil e certidão de termo de guarda e responsabilidade, para cônjuge, filhos e menores sob guarda do empregado.

12.1.3 – Mediante apresentação de laudo médico-pericial comprovando a invalidez e declaração de dependência, para cônjuge ou companheiro (a).

12.1.4 – Mediante apresentação de escritura pública declaratória de união estável, devidamente registrada em cartório ou certidão de nascimento de filho havido em comum, para o companheiro (a).

12.1.5 – Mediante apresentação de cópia da Declaração do Imposto de Renda, para mãe e pai, madrasta e padrasto, sogro e sogra ou na falta desta, caso a legislação seja alterada, atesto da CONTRATANTE para a veracidade das informações.

13. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

13.1 – A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas neste contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS para a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

13.2 – Emergência é o evento que implique em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o Segurado, caracterizadas em declaração do médico assistente.

13.3 – Urgência é o evento resultante de Acidentes Pessoais ou complicações no processo gestacional que exija avaliação ou atendimento médico imediato.

13.4 – Acidente Pessoal é o evento com data e ocorrência caracterizadas, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, torne necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do Segurado.

13.5 – Nos casos de emergência e urgência, durante o cumprimento dos períodos de carência descritos nestas condições gerais, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

13.6 – Nos casos de urgência referente ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a Segurada terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

13.7 – Nos casos de emergência e urgência quando houver acordo para Cobertura Parcial Temporária, o Segurado terá cobertura ambulatorial assegurada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou até que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes.

13.8 – A partir da constatação da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de internação e cobertura hospitalar para os Segurados que estão em cumprimento dos períodos de carência, ou para aqueles que estão em acordo para CPT e que o atendimento resulte na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes, ainda que dentro do período de 12 (doze) horas e na mesma unidade de atendimento, será garantida a remoção do Segurado para uma unidade do SUS.

13.9 – Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção quando necessária por indicação médica para outra unidade referenciada ou para o SUS, quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

13.10 – Quando o Segurado ou seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento numa unidade diferente da definida no subitem anterior, a Contratada estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

13.11 – Caso não possa haver a remoção, em decorrência de risco de vida do Segurado, este ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar, entre si, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a Contratada deste ônus.

13.12 – Após atendimento de urgência e emergência será garantida a remoção do segurado para unidade da rede referenciada, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do atendimento do segurado.

13.13 – Nos casos de atendimento de urgência, exclusivamente decorrente de acidente pessoal, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do Segurado, é garantida a cobertura sem restrições.

13.14 – Nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência em unidade referenciada será garantido o reembolso de acordo com o plano e os múltiplos contratados. O valor do reembolso não será inferior ao valor praticado pela Contratada à rede referenciada para o plano do segurado.

13.15 – Os documentos necessários para a solicitação do reembolso estão especificados no item 8, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

14. REDE REFERENCIADA

14.1 – A CONTRATADA deverá oferecer a rede referenciada de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários do plano de saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

15. PROPOSTA COMERCIAL E ORÇAMENTO ESTIMADO

15.1 – Com base no perfil etário constante no Item 16, as empresas licitantes deverão compor seus custos e apresentar o preço unitário comum para cada faixa etária, preenchendo o quadro a seguir:

PERFIL DO GRUPO						
FAIXA	TOTAL			PREÇO (R\$)		
ETÁRIA	MASC	FEM	GERAL	UNITÁRIO	TOTAL	EXTENSO
0 a 18	7	12	19			
19 a 23	9	3	12			
24 a 28	0	02	2			
29 a 33	0	0	0			
34 a 38	0	2	2			
39 a 43	0	2	2			
44 a 48	1	2	3			
49 a 53	11	14	25			
54 a 58	11	16	27			
59 anos ou +	38	48	86			
TOTAL	77	101	178			

15.2 – O custo mensal previsto para realização dos serviços contratados está estimado em **R\$ 379.658,16** (trezentos e setenta e nove mil, seiscentos e cinquenta e oito reais e dezesseis centavos), valores estes calculados com base na média do demonstrativo abaixo, considerando o quantitativo estimado de 178 (cento e noventa beneficiários), perfazendo o valor global de **R\$ 4.555.897,92** (quatro milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil, oitocentos e noventa e sete reais e noventa e dois centavos), conforme pesquisa de mercado.

16. QUANTITATIVO ESTIMADO

PERFIL DO GRUPO										
FAIXA	TITULARES			DEPENDENTES				TOTAL		TOTAL
ETÁRIA	MASC	FEM	TOTAL	MASC	PAI	FEM	MÃE	MASC	FEM	GERAL
0 a 18	0	0	0	7	0	12	0	7	12	19
19 a 23	0	0	0	9	0	3	0	9	3	12
24 a 28	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
29 a 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34 a 38	0	0	0	0	0	2	1	0	2	2
39 a 43	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
44 a 48	0	1	1	1	0	1	0	1	1	3
49 a 53	9	5	14	2	0	9	0	2	9	25
54 a 58	8	10	18	3	0	6	0	3	6	27
59 anos ou +	21	23	44	17	5	25	18	17	25	86
TOTAL	38	39	77	39	5	62	19	39	62	178

16.1 – A quantidade estimada de beneficiários serve para a apuração do preço total dos serviços, sendo possível a variação das mesmas, conforme faixa etária dos beneficiários.

16.2 – O preço apresentado contempla apenas IOF.

16.3 – Quaisquer vantagens oferecidas pelas licitantes serão aceitas, desde que a licitante tenha apresentado o menor preço.

17. FORMA DE CUSTEIO

17.1- A VALEC assumirá 100% (cem) por cento do custeio das despesas com assistência à saúde concedida aos empregados regidos pelo Plano de Benefícios e Vantagens, instituído em novembro/88.

18. REAJUSTAMENTO

18.1 – O valor do prêmio do seguro será reajustado financeiramente e por sinistralidade, observando-se o intervalo mínimo de 12 (doze) meses, podendo os mesmos ser aplicados cumulativamente:

a) Reajustes Financeiros do Prêmio

Anualmente, o prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

b) Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

Sempre que o índice de sinistralidade apurado estiver acima de 70% (setenta por cento), o preço inicialmente contratado será reajustado mediante negociação entre as partes contratantes, em conformidade com a fórmula a seguir, com base nos índices dos últimos doze meses:

$$IRS = \frac{\Sigma \text{Sinistros co}}{\Sigma \text{Prêmios co}} / 0,70$$

Σ Prêmios co

Em que:

IRS = Índice de Reajuste da Sinistralidade;

Σ Sinistros co = Soma dos sinistros pagos* do contrato dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

Σ Prêmios co = Soma dos prêmios* pagos do contrato dos últimos 12 meses imediatamente anterior a data de apuração

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

* Sem a incidência de impostos.

19. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

19.1 – Cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 1988, e demais disposições regulamentares pertinentes à assistência à saúde.

19.2 – Efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência do plano contratado, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos, em via original.

19.3 – O reembolso será calculado conforme Tabela de Referência do plano contratado.

19.4 – Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do plano de saúde o cartão de identificação personalizado, que será usada quando da utilização dos serviços cobertos pela Contratada de plano de saúde.

19.5 – Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do plano de saúde, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada da assistência médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

19.6 – Emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

19.6.1– Despesa per capita por faixa etária e sexo;

19.6.2 – Percentual de sinistralidade;

19.6.3 – Indicadores sobre a utilização constando:

- a) Consulta por beneficiário, por ano; e
- b) Valor médio da consulta.

19.6.4– Diagnose compreendendo:

- a) Exames por beneficiários, por ano.

19.7 – Serão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência estabelecida no contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

19.8 – Manter as condições assumidas quando da contratação, em especial quanto às suas regularidades jurídicas, legais, comerciais, fiscais e trabalhistas, apresentando, sempre que solicitado pelo CONTRATANTE e devidamente atualizados, os documentos que comprovam sua regularidade jurídico-fiscal.

19.9 – O CONTRATADO será responsável por todos os encargos de natureza tributárias incidentes sobre os valores dos serviços prestados, permitindo ao CONTRATANTE efetuar as retenções e os recolhimentos previstos em lei.

19.10 – Caso o CONTRATADO goze de imunidade ou de isenção tributária, deverá comprovar, em tempo hábil, esta condição perante o CONTRATANTE, por intermédio da apresentação de declaração na qual consubstancie, sob as penas da lei, a sua responsabilidade pela regularidade de sua situação fiscal. A entrega intempestiva obrigará o CONTRATADO a efetuar a devida retenção e recolhimento dos encargos, devendo o CONTRATADO postular sua devolução junto ao competente órgão governamental.

19.11 – Se o CONTRATADO for autuado, notificado ou intimado em virtude do não pagamento na época própria de quaisquer tributos, devidos em decorrência dos serviços objeto da contratação, deverá de imediato, informar ao CONTRATANTE, o qual se reserva o direito de reter quaisquer pagamentos devidos ao CONTRATADO, até que esta satisfaça o pagamento de tais tributos, não incidindo, neste caso, qualquer correção monetária sobre as parcelas retidas.

19.12 – Comunicar imediatamente à CONTRATANTE, qualquer alteração em sua situação tributária, trabalhista ou previdenciária, bem como alterações de endereço, especialidade, CNP e responsáveis técnicos.

19.13 – Exigir, por ocasião do atendimento, a carteira de identificação emitida pelo CONTRATANTE e documento oficial de identificação, verificando sua validade, o verso, anverso e certificando-se da autorização do atendimento, salvo situações de emergência comprovada.

19.14 – Priorizar os casos de urgência e emergência, assim como o atendimento aos beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, gestantes e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

19.15 – Não discriminar os beneficiários do CONTRATANTE em razão do vínculo com esta, idade, patologia ou qualquer outra fora de discriminação.

19.16 – Aceitar a inclusão ou exclusão de beneficiários, solicitado pela CONTRATANTE, assegurando carência zero ao beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, desde que o cadastramento seja efetuado no período de até 30 (trinta) dias, nas situações de inclusão por admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no cadastro, bem como a reinclusão por afastamento temporário das obrigações trabalhistas e de licença maternidade. Após este prazo poderão ser estabelecidas as carências de acordo com a legislação que rege o assunto.

19.17 – Efetuar a prestação dos serviços em consonância ao disposto na Lei nº 9.656, de 03/06/1998, e demais resoluções normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como em estrita observância das especificações da proposta, do Edital, do Termo de Referência e do Contrato.

19.18 – Cumprir fielmente os prazos e condições estabelecidas no Termo de Referência, no certame licitatório e no respectivo contrato. Se, no decorrer da vigência contratual, for aferido pela CONTRATANTE, ação, omissão, total ou parcial da fiscalização, não será eximida a responsabilidade da CONTRATADA, com aplicação das penalidades previstas na Lei nº 8.666 de 1993.

19.19 – Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou do acompanhamento pela CONTRATANTE.

19.20 – Apresentar mensalmente junto da Nota Fiscal/Fatura as certidões de regularidades fiscais e trabalhistas, de acordo com o artigo 29 da Lei nº 8.666 de 1993. A nota fiscal deverá ser emitida pelo CONTRATADO contendo obrigatoriamente o número de inscrição do CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e da proposta, não se admitindo notas fiscais emitidas com outro CNPJ, mesmo da filial ou matriz.

19.21 – Quando aplicável o entendimento do ajuste SINIEF nº 07/05, com nova redação dada pelo Ajuste SINIEF nº 08/10, é necessário que, por ocasião da emissão de suas notas fiscais, o CONTRATADO envie o arquivo digital denominado SML com as respectivas notas fiscais eletrônicas emitidas para o seguinte endereço eletrônico: gecon.nfe@valec.gov.br.

19.22 – Designar representante no intuito de prestar esclarecimentos e atender as reclamações dos beneficiários, que porventura venham a surgir durante à vigência do contrato.

19.23 – Nomear preposto, para, durante o período de vigência contratual, representá-lo na execução do contrato.

19.24 – Apresentar no ato da apresentação da proposta dos serviços a serem contratados, comprovante de registro da operadora junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme exigido pela agência.

20. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

20.1. Colocar a disposição da CONTRATADA informações e dados cadastrais dos beneficiários que não se encontrem reguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde.

20.2 – Permitir à CONTRATADA a divulgação do plano de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

20.3 – Permitir o acesso do representante da CONTRATADA às dependências do edifício sede na CONTRATANTE e demais unidades, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios concedidos conforme contrato vigente.

20.4 – Informar a inclusão de qualquer novo beneficiário que tenha vínculo com a CONTRATANTE, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº 195 – ANS, bem como seus dependentes, até 30 (trinta) dias após sua admissão.

20.5 – As exclusões de beneficiários do plano de saúde serão, tempestivamente, comunicadas à CONTRATADA.

20.6 – Em caso de exclusão de beneficiários, assim como no caso de rescisão contratual, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, respondendo sob todos os aspectos perante a Contratada pelo uso indevido.

20.7 – Notificar a CONTRATADA, por escrito, da ocorrência de eventuais falhas ou perda da qualidade na prestação dos serviços contratados, comunicando à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual.

20.8 – Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços executados em desacordo com as respectivas especificações contratadas.

20.9 – Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas, dos serviços efetivamente realizados.

20.10 – Fornecer à CONTRATADA as informações necessárias para cadastrar os beneficiários e emitir os cartões de utilização do plano de assistência médica e hospitalar, que serão fornecidos no início do contrato e no ingresso de algum beneficiário durante a vigência do contrato.

21. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

21.1 – Nos casos de inexecução parcial ou total das condições pactuadas, garantido prévia defesa, a CONTRATADA ficará sujeita às seguintes sanções:

I – Advertência poderá ser aplicada:

Em casos de faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízo para a CONTRATADA e que não comprometam a continuação da prestação dos serviços.

II – A multa poderá ser aplicada:

1% (um por cento) por dia sobre o valor do pedido mensal, quando não cumpridas fielmente às condições pactuadas, até a data da correção da falha, imperfeição ou irregularidade, exceto se essa tiver por causa motivo de força maior, definido por lei e reconhecido pela VALEC.

5% (cinco por cento) sobre o valor do pedido mensal, pelo cancelamento total ou parcial do Contrato, a pedido da CONTRATADA, a qualquer pretexto, exceto se esta tiver por causa motivo de força maior.

Parágrafo único – O valor da multa referida na alínea “a” do subitem anterior será descontado da Nota Fiscal ou Fatura existente com a CONTRATANTE em favor da VALEC. Caso a multa seja superior ao crédito existente, a CONTRATADA será notificada para proceder o recolhimento da multa em até 10 dias ou sua diferença será prejuízo de eventual cobrança judicial.

III – Suspensão temporária de participar de licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 02 (dois) anos, poderá ser aplicada:

Em casos de reincidências dos itens II.

Não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato.

IV – Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 05 (cinco) anos, poderá ser aplicada:

Quando a CONTRATADA descumprir ou cumprir parcialmente obrigação contratual, desde que fatos resultem prejuízos a CONTRATANTE, e, ainda, sofrer condenação definitiva por prática de fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos, ou deixar de cumprir suas obrigações fiscais ou parafiscais.

21.2 – A critério da CONTRATANTE, as sanções poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia da CONTRATADA, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

21.3 – Poderão ser aplicadas, ainda, as sanções previstas no Art. 7º da Lei nº 10.520/2002.

21.4 – Os casos de inadimplemento e demais casos omissos neste Termo de Referência, garantida a prévia defesa, estão sujeitos às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/96.

22. DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS E PAGAMENTO

22.1 – Para atender aos compromissos decorrentes do objeto contratato, os recursos são provenientes do orçamento da união aprovado pelo Congresso, nos termos da MPV nº 667, de 20/01/2015, publicada no D.O.U de 05/01/2015, bem como de acordo com a programação orçamentária da área emitente para 2015 – Programa de Trabalho 26.301.2126.2004.0001 – Fonte 100 – Natureza da Despesa 3.3.90.39.50.

22.2 – O valor dos serviços objeto desta licitação será pago em parcelas mensais e sucessivas, desde que a fatura esteja em conformidade e atestada pelo gestor que encaminhará para ser autuado.

22.3 – Após autuado o pagamento será feito até o 10º (décimo) dia útil do mês.

22.4 – O prazo definido no parágrafo anterior será contado a partir do dia da entrega dos documentos de cobrança no protocolo geral da CONTRATANTE.

22.5 – Pelos serviços serão pagos o valor correspondente em reais, ao produto do preço unitário pelo número total de beneficiário no mês em questão.

23. PRAZOS DA VIGÊNCIA

23.1 – O contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado, com vantagens para a administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disposto no inciso II do artigo 57 da Lei nº. 8.666/93.

24. GARANTIA

24.1 – Para segurança da VALEC, quanto à prestação dos serviços, a CONTRATADA deverá apresentar em 15 dias corridos, garantia correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do instrumento contratual em uma das modalidades dispostas no artigo 56 da Lei nº 8.666, de 1993, que são:

- a) Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública.
- b) Fiança bancária.

c) Seguro-garantia.

24.2 – Em caso de caução em dinheiro, o depósito deverá ser efetuado em qualquer banco a escolha da CONTRATADA, mediante depósito identificado a crédito da VALEC, devendo a CONTRATADA solicitar o número da conta-corrente, agência e o número do código identificado da VALEC.

24.3 – Se a garantia a ser prestada for fiança ou seguro-garantia, deverá ter validade, no mínimo, de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do contrato, renovada tempestivamente.

24.4 – A garantia somente será liberada após o término da vigência do instrumento contratual, devendo ser renovada e atualizada nos casos de prorrogação do contrato e na ocorrência de substancial modificação do valor total contratado, mantido o mesmo percentual do item 24.1.

24.5 – Ocorrendo modificações do valor total pactuado, a CONTRATADA deverá apresentar em até 20 dias, da assinatura do Termo Aditivo, a garantia contratual atualizada.

24.6 – Além da garantia prevista no item 24.1 deste Termo de Referência, a contratada deverá também apresentar apólice de seguro com cobertura para:

24.6.1 – Prejuízos diretos causados à contratante decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato não se limitando às garantias, nos limites previstos do art. 56 da Lei nº 8.666/93.

24.6.2 – Prejuízos advindos do não cumprimento do contrato;

24.6.3 – Multas punitivas aplicadas pela fiscalização à contratada;

24.6.4 – Obrigações previdenciárias e trabalhistas não honradas pela contratada;

24.6.5 – Responsabilidade civil.

25. FISCALIZAÇÃO

25.1 – A Gerência de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal – GECA designará empregado de forma a assegurar o cumprimento das normas pertinentes na forma do art. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993 e legislação correlata, cujas atribuições básicas são:

25.1.1 – Analisar a compatibilidade das notas fiscais com os serviços prestados pela CONTRATADA, referente ao objeto do contrato.

25.1.2 – Solicitar à CONTRATADA todas as providências necessárias ao bom andamento dos serviços.

25.1.3 – Acompanhar e exigir com rigor, o cumprimento dos prazos estabelecidos no contrato.

25.1.4 – A condição para recebimento provisório do serviço será por meio do atesto da nota fiscal apresentada pela CONTRATADA, mensalmente.

25.1.5 – O recebimento definitivo se dará no término da execução do objeto contratado, mediante a verificação do cumprimento de todas as cláusulas contratuais e a plena e total execução do serviço.

26. EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO DOS LICITANTES

26.1 – Será obedecido o disposto na legislação vigente, sob pena de aplicação das penalidades previstas em lei pelo não cumprimento das exigências.

27. LOCAL DE ENTREGA

27.1 – Os cartões de utilização do Plano de Assistência Médica e Hospitalar, os livros da rede credenciada e as notas fiscais deverão ser entregues na Superintendência de Recursos Humanos – SUREH, localizado na SAUS, Quadra 01, Bloco 'G', Lotes 3 e 5, 9º andar. Asa Sul Brasília - DF - CEP: 70.070-27.2 – O horário para entrega é de 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs, em dias úteis.

28 – QUALIFICAÇÕES TÉCNICA

28.1 – Comprovação de registro junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

28.2 – A licitante vencedora deverá apresentar, pelo menos, 01 (um) atestado ou declaração de capacidade técnica, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que a licitante executa ou executou serviços compatíveis com o objeto da licitação.

29 – DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1 – É facultada ao Pregoeiro ou à autoridade superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligências destinada a esclarecer, ou complementar a instrução do processo.

29.2 – Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

29.3 – Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

29.4 – O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta, durante a realização da sessão pública do Pregão.

29.5 – As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.

29.6 – Qualquer pedido de esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente Edital e seus Anexos, deverá ser encaminhado, por escrito, em até 3 (três) dias úteis antes da data fixada para abertura da licitação, ao Pregoeiro, no endereço eletrônico sulic@valec.gov.br.

29.7 – Os horários estabelecidos no edital, nos avisos e durante a sessão pública observarão, para todos os efeitos, o horário de Brasília, Distrito Federal, conforme estabelecidos no § 5º, do art. 17 do Decreto nº 5.450/2005.

30 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1 – Não será permitida a subcontratação, sub-rogação e cessão da pretendida contratação.

30.2 – Não será permitida a participação sob a forma de consórcios.

30.3 – Será permitida a participação sob a forma de cooperativa, desde que sejam apresentadas certidões expedidas pela ANS referentes a todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços.

30.4 – Na hipótese de existência de contradições entre o Termo de Referência, Edital e Nota de Compra, prevalecerá o disposto neste Termo de Referência, inclusive, quanto a todos os seus efeitos.

ANEXO II: ORÇAMENTO

VALOR ESTIMADO DO CONTRATO DE ACORDO COM O N° DE EMPREGADOS E FAIXA ETÁRIA					
PERFIL DO GRUPO				MÉDIA POR BENEFICIÁRIO	Valor Estimado de Contratação
FAIXA ETÁRIA	TOTAL				
	MASC	FEM	GERAL		
0 a 18	7	12	19	R\$ 515,14	R\$ 9.787,62
19 a 23	9	3	12	R\$ 653,02	R\$ 7.836,22
24 a 28	0	2	2	R\$ 776,50	R\$ 1.552,99
29 a 33	0	0	0	R\$ 890,64	R\$ -
34 a 38	0	2	2	R\$ 962,74	R\$ 1.925,48
39 a 43	0	2	2	R\$ 1.054,90	R\$ 2.109,79
44 a 48	1	2	3	R\$ 1.269,01	R\$ 3.807,03
49 a 53	11	14	25	R\$ 1.487,75	R\$ 37.193,65
54 a 58	11	16	27	R\$ 1.860,65	R\$ 50.237,55
59 anos ou +	38	48	86	R\$ 3.083,81	R\$ 265.207,83
TOTAL	77	101	178	Custo Mensal	R\$ 379.658,16
				Custo Anual	R\$ 4.555.897,92

ANEXO III: MODELO DE PLANILHA DE FORMAÇÃO DE PREÇOS

PERFIL DO GRUPO					
FAIXA	TOTAL			PREÇO (R\$)	
ETÁRIA	MASC	FEM	GERAL	UNITÁRIO	TOTAL
0 a 18	7	12	19		
19 a 23	9	3	12		
24 a 28	0	02	2		
29 a 33	0	0	0		
34 a 38	0	2	2		
39 a 43	0	2	2		
44 a 48	1	2	3		
49 a 53	11	14	25		
54 a 58	11	16	27		
59 anos ou +	38	48	86		
TOTAL	77	101	178	Custo Mensal	
				Custo Anual	

ANEXO IV: MINUTA DE CONTRATO

CONTRATO nº. xxx/2017

PROCESSO nº. 51402.180590/2017-11

**CONTRATO PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
HOSPITALARES, QUE ENTRE SI FAZEM A
VALEC – ENGENHARIA, CONSTRUÇÕES E
FERROVIAS S.A. E A EMPRESA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXX.**

A VALEC - ENGENHARIA, CONSTRUÇÕES E FERROVIAS S.A., empresa pública federal, prestadora de serviço público de transporte ferroviário, vinculada ao Ministério dos Transportes, com sede no Setor de Edifícios Públicos Sul (SEP Sul), Entre Quadras 713/913, Bloco “E”, Ed. CNC Trade, Asa Sul, Brasília (DF), CEP: 70390-135, inscrita no CNPJ sob o nº. 42.150.664/0001-87, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada por seu Diretor-Presidente – **MÁRIO MONDOLFO**, brasileiro, casado, engenheiro civil, portador da cédula de identidade nº 6.578.384-0, expedido pela SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 913.529.248-20, residente e domiciliado em São Paulo (SP), e por seu Diretor de Administração e Finanças Interino **HANDERSON CABRAL RIBEIRO**, brasileiro, casado, engenheiro civil, portador da cédula de identidade nº. 3400773 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº. 813.771.341-72, residente e domiciliado em Brasília (DF), e a **EMPRESA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrita no CNPJ sob o nº. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **XXXXXXXXXXXXXXXX**, estabelecida na **XX**, CEP **XXXXXXXX**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pelo procurador **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, brasileiro, **XXXXXXX**, portador da cédula de identidade nº. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, e pela procuradora **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, brasileira, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, portador da Carteira de Identidade nº **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, inscrito no CPF sob o nº. **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, resolvem celebrar o presente Contrato, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO:

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação de serviços de Assistência Médica e Hospitalares destinados à cobertura dos custos médico-hospitalares, serviços auxiliares de diagnose, terapia e consultas médicas, com livre escolha, rede referenciada ou credenciada da **CONTRATADA**, em caso de doença pessoal ou gravidez, conforme condições e exigências deste Contrato, do Edital e seus Anexos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

2.1 A presente contratação decorre do procedimento licitatório nº. **xxx/2017**, na modalidade Pregão, na forma Eletrônica, tendo por fundamento legal a Lei nº. 10.520, de 17 de julho de 2002; Decreto nº 5.450, de 31/05/2005 e Lei nº 8.666, de 21/06/0993, com as devidas

alterações posteriores, bem como fundamentada pela lei 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, e demais resoluções normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial a RN nº 338/2013, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1 O valor estimado deste Contrato é de R\$ **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** (XX), conforme tabela abaixo:

PERFIL DO GRUPO					
FAIXA	TOTAL			PREÇO (R\$)	
ETÁRIA	MASC	FEM	GERAL	UNITÁRIO	TOTAL
0 a 18	7	12	19		
19 a 23	9	3	12		
24 a 28	0	02	2		
29 a 33	0	0	0		
34 a 38	0	2	2		
39 a 43	0	2	2		
44 a 48	1	2	3		
49 a 53	11	14	25		
54 a 58	11	16	27		
59 anos ou +	38	48	86		
TOTAL	77	101	178		

3.2 Para atender aos compromissos decorrentes da execução, no exercício de 2017, os recursos financeiros estão em conformidade com a Lei Orçamentária Anual de 2017, Lei nº. 13.414, de 10 de janeiro de 2017, publicada na Edição Extra Diário Oficial de 11 de janeiro de 2017, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO de 2017, Lei nº. 13.408 de 26 de dezembro de 2016, publicada na Edição Extra do Diário Oficial da União – DOU de 27 de dezembro de 2016 e com o Plano Plurianual – PPA 2016/2019, Lei nº. 13.249, de 13 de janeiro de 2016, nos termos do inciso II, do artigo 16, da Lei Complementar nº. 101 de 04 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), conforme abaixo discriminado:

- ✓ Funcional Programática: 26.301.2126.2004.0001;
- ✓ Natureza da Despesa: 33.90.39.50;
- ✓ Fonte: 0100;
- ✓ Notas de Empenho nº _____.

3.3 Para o exercício de 2018, o valor remanescente será alocado na dotação orçamentária própria para o atendimento dessa finalidade, a ser consignada à **CONTRATANTE** na Lei Orçamentária Anual do exercício.

CLÁUSULA QUARTA – DA CARÊNCIA

4.1 Para adesão ao Plano de Assistência Médico-Hospitalar será assegurada carência zero ao beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, desde que o cadastramento seja efetuado no período de até 30 (trinta) dias, nas situações de inclusão por admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro Saúde, bem como a reinclusão por afastamento temporário das obrigações trabalhistas e de licença maternidade. Após este prazo poderão ser estabelecidas as carências de acordo com a legislação que rege o assunto.

CLÁUSULA QUINTA – DA ABRANGÊNCIA

5.1 A Assistência médico-hospitalar destinará aos empregados da **CONTRATANTE** e seus dependentes, para atendimento em todo o território nacional, especialmente nas Regiões de

Brasília (DF), Bahia (BA), Goiás (GO), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), e Tocantins (TO).

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTAMENTO

6.1 O valor do prêmio do seguro será reajustado financeiramente e por sinistralidade, observando-se o intervalo mínimo de 12 (doze) meses, podendo os mesmos ser aplicados cumulativamente:

a) Reajustes Financeiros do Prêmio

Anualmente, o prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas e coberturas adicionais.

b) Reajustes do Prêmio em Função da Sinistralidade

Sempre que o índice de sinistralidade apurado estiver acima de 70% (setenta por cento), o preço inicialmente contratado será reajustado mediante negociação entre as partes contratantes, em conformidade com a fórmula a seguir, com base nos índices dos últimos doze meses:

$$\text{IRS} = \frac{\sum \text{Sinistros co}}{\sum \text{Prêmios co}} / 0,70$$

\sum Prêmios co

Em que:

IRS = Índice de Reajuste da Sinistralidade;

\sum Sinistros co = Soma dos sinistros pagos* do Contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração

\sum Prêmios co = Soma dos prêmios* pagos do Contrato dos últimos 12 (doze) meses imediatamente anterior a data de apuração

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

* Sem a incidência de impostos.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PAGAMENTO

7.1 O valor dos serviços objeto deste Contrato será pago em parcelas mensais e sucessivas, desde que a fatura esteja em conformidade e atestada pelo gestor contratual que encaminhará para ser autuado.

7.2 Após autuado o pagamento será feito até o 10º (décimo) dia útil do mês.

7.3 O prazo definido no subitem anterior será contado a partir do dia da entrega dos documentos de cobrança no protocolo geral da **CONTRATANTE**.

7.4 Pelos serviços serão pagos o valor correspondente em reais, ao produto do preço unitário pelo número total de beneficiário no mês em questão.

CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

8.1 O Contrato terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado, com vantagens para a **CONTRATANTE**, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disposto no inciso II, artigo 57, da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA NONA – DA GARANTIA

9.1 Para segurança da **CONTRATANTE**, quanto à prestação dos serviços, a **CONTRATADA** deverá apresentar, no prazo máximo de 15 (dez) dias corridos, garantia correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do instrumento contratual em uma das modalidades dispostas no artigo 56 da Lei nº. 8.666, de 1993, que são:

- a) Caução em dinheiro ou em títulos da dívida pública.
- b) Fiança bancária.
- c) Seguro-garantia.

9.2 Em caso de caução em dinheiro, o depósito deverá ser efetuado em qualquer banco a escolha da **CONTRATADA**, mediante depósito identificado a crédito da **CONTRATANTE**, devendo a **CONTRATADA** solicitar o número da conta-corrente, agência e o número do código identificado da **CONTRATANTE**.

9.3 Se a garantia a ser prestada for fiança ou seguro-garantia, deverá ter validade, no mínimo, de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura do Contrato, renovada tempestivamente.

9.4 A garantia somente será liberada após o término da vigência do instrumento contratual, devendo ser renovada e atualizada nos casos de prorrogação do Contrato e na ocorrência de substancial modificação do valor total contratado, mantido o mesmo percentual descrito no subitem 9.1.

9.5 Ocorrendo modificações do valor total pactuado, a **CONTRATADA** deverá apresentar em até 20 (vinte) dias, da assinatura do Termo Aditivo, a garantia contratual atualizada.

9.6 Além da garantia prevista no item 9.1 deste Termo de contrato, a contratada deverá também apresentar apólice de seguro com cobertura para:

9.7 Prejuízos diretos causados à contratante decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato não se limitando às garantias, nos limites previstos do art. 56 da Lei nº 8.666/93.

9.8 Prejuízos advindos do não cumprimento do contrato;

9.9 Multas punitivas aplicadas pela fiscalização à contratada;

9.10 Obrigações previdenciárias e trabalhistas não honradas pela contratada;

9.11 Responsabilidade civil.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

10.1 Colocar à disposição da **CONTRATADA** informações e dados cadastrais dos beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde.

10.2 Permitir à **CONTRATADA** a divulgação do plano de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

10.3 Permitir o acesso do representante da **CONTRATADA** às dependências do edifício sede na **CONTRATANTE** e demais unidades, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios concedidos conforme Contrato vigente.

10.4 Informar a inclusão de qualquer novo beneficiário que tenha vínculo com a **CONTRATANTE**, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº. 195 – ANS, bem como seus dependentes, até 30 (trinta) dias após sua admissão.

10.5 As exclusões de beneficiários do plano de saúde serão, tempestivamente, comunicadas à **CONTRATADA**.

10.6 Em caso de exclusão de beneficiários, assim como no caso de rescisão contratual, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, respondendo sob todos os aspectos perante a **CONTRATADA** pelo uso indevido.

10.7 Notificar a **CONTRATADA**, por escrito, da ocorrência de eventuais falhas ou perda da qualidade na prestação dos serviços contratados, comunicando à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual.

10.8 Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços executados em desacordo com as respectivas especificações contratadas.

10.9 Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas, dos serviços efetivamente realizados.

10.10 Fornecer à **CONTRATADA** as informações necessárias para cadastrar os beneficiários e emitir os cartões de utilização do plano de assistência médica e hospitalar, que serão fornecidos no início do Contrato e no ingresso de algum beneficiário durante a vigência do Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

11.1 Cumprir os dispositivos da Lei nº. 9.656, de 1988, e demais disposições regulamentares pertinentes à assistência à saúde.

11.2 Efetuar o pagamento do reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da **CONTRATADA**, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original.

11.3 O reembolso será calculado conforme tabela de referência do plano contratado.

11.4 Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do plano de saúde o cartão de identificação personalizado, que será usada quando da utilização dos serviços cobertos pela **CONTRATADA** de plano de saúde.

11.5 Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do plano de saúde, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada da assistência médico-hospitalar (hospitais, centros médicos, consultórios, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

11.6 Emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

11.6.1 Despesa per capita por faixa etária e sexo;

11.6.2 Percentual de sinistralidade;

11.6.3 Indicadores sobre a utilização constando:

a) Consulta por beneficiário, por ano; e

b) Valor médio da consulta.

11.6.4 Diagnose compreendendo:

a) Exames por beneficiários, por ano.

11.7 Serão cobertos todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS, em vigor na data da realização do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia na área de abrangência estabelecida no Contrato, independente do local de origem do evento, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

11.8 Manter as condições assumidas quando da contratação, em especial quanto às suas regularidades jurídicas, legais, comerciais, fiscais e trabalhistas, apresentando, sempre que solicitado pelo **CONTRATANTE** e devidamente atualizados, os documentos que comprovam sua regularidade jurídico-fiscal.

11.9 A **CONTRATADA** será responsável por todos os encargos de natureza tributárias incidentes sobre os valores dos serviços prestados, permitindo ao **CONTRATANTE** efetuar as retenções e os recolhimentos previstos em lei.

11.10 Caso a **CONTRATADA** goze de imunidade ou de isenção tributária, deverá comprovar, em tempo hábil, esta condição perante o **CONTRATANTE**, por intermédio da apresentação de declaração na qual consubstancie, sob as penas da lei, a sua responsabilidade pela regularidade de sua situação fiscal. A entrega intempestiva obrigará a **CONTRATADA** a efetuar a devida retenção e recolhimento dos encargos, devendo a **CONTRATADA** postular sua devolução junto ao competente órgão governamental.

11.11 Se a **CONTRATADA** for autuada, notificado ou intimado em virtude do não pagamento na época própria de quaisquer tributos, devidos em decorrência dos serviços objeto da contratação, deverá de imediato, informar ao **CONTRATANTE**, o qual se reserva o direito de reter quaisquer pagamentos devidos a **CONTRATADA**, até que esta satisfaça o pagamento de tais tributos, não incidindo, neste caso, qualquer correção monetária sobre as parcelas retidas.

11.12 Comunicar imediatamente à **CONTRATANTE**, qualquer alteração em sua situação tributária, trabalhista ou previdenciária, bem como alterações de endereço, especialidade, CNP e responsáveis técnicos.

11.13 Exigir, por ocasião do atendimento, a carteira de identificação emitida pelo **CONTRATANTE** e documento oficial de identificação, verificando sua validade, o verso, anverso e certificando-se da autorização do atendimento, salvo situações de emergência comprovada.

11.14 Priorizar os casos de urgência e emergência, assim como o atendimento aos beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, gestantes e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

11.15 Não discriminar os beneficiários do **CONTRATANTE** em razão do vínculo com esta, idade, patologia ou qualquer outra fora de discriminação.

11.16 Aceitar a inclusão ou exclusão de beneficiários, solicitado pela **CONTRATANTE**, assegurando carência zero ao beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, desde que o cadastramento seja efetuado no período de até 30 (trinta) dias, nas situações de inclusão por admissão, casamento, nascimento ou outro evento que habilite seu ingresso no cadastro, bem como a reinclusão por afastamento temporário das obrigações trabalhistas e de licença maternidade. Após este prazo poderão ser estabelecidas as carências de acordo com a legislação que rege o assunto.

11.17 Efetuar a prestação dos serviços em consonância ao disposto na Lei nº. 9.656, 1998, e demais resoluções normativas expedidas pela ANS, bem como em estrita observância das especificações da proposta, do Edital, do Termo de Referência e do Contrato.

11.18 Cumprir fielmente os prazos e condições estabelecidas no Termo de Referência, no certame licitatório e no respectivo Contrato. Se, no decorrer da vigência contratual, for aferido pela **CONTRATANTE**, ação, omissão, total ou parcial da fiscalização, não será eximida a responsabilidade da **CONTRATADA**, com aplicação das penalidades previstas na Lei nº. 8.666 de 1993.

11.19 Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à **CONTRATANTE** ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou do acompanhamento pela **CONTRATANTE**.

11.20 Apresentar mensalmente junto da Nota Fiscal/Fatura as certidões de regularidades fiscais e trabalhistas, de acordo com o artigo 29 da Lei nº. 8.666 de 1993. A nota fiscal deverá ser emitida pela **CONTRATADA** contendo obrigatoriamente o número de inscrição do CNPJ apresentado nos documentos de habilitação e da proposta, não se admitindo notas fiscais emitidas com outro CNPJ, mesmo da filial ou matriz.

11.21 Quando aplicável o entendimento do ajuste SINIEF nº. 07/05, com nova redação dada pelo Ajuste SINIEF nº. 08/10, é necessário que, por ocasião da emissão de suas notas fiscais, o **CONTRATADO** envie o arquivo digital denominado SML com as respectivas notas fiscais eletrônicas emitidas para o seguinte endereço eletrônico: gecon.nfe@valec.gov.br.

11.22 Designar representante no intuito de prestar esclarecimentos e atender as reclamações dos beneficiários, que porventura venham a surgir durante à vigência do Contrato.

11.23 Nomear preposto, para, durante o período de vigência contratual, representa-lo na execução do Contrato.

11.24 Apresentar, no ato da apresentação da proposta dos serviços a serem contratados, comprovante de registro da operadora junto à ANS, conforme exigido pela Agência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA FISCALIZAÇÃO

12.1 A Gerência de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal – GECAP designará empregado de forma a assegurar o cumprimento das normas pertinentes na forma do art. 67 e 73 da Lei nº. 8.666, de 1993 e legislação correlata, cujas atribuições básicas são:

12.1.1 Analisar a compatibilidade das notas fiscais com os serviços prestados pela **CONTRATADA**, referente ao objeto do Contrato.

12.1.2 Solicitar à **CONTRATADA** todas as providências necessárias ao bom andamento dos serviços.

12.1.3 Acompanhar e exigir com rigor, o cumprimento dos prazos estabelecidos no Contrato.

12.1.4 A condição para recebimento provisório do serviço será por meio do atesto da nota fiscal apresentada pela **CONTRATADA**, mensalmente.

12.1.5 O recebimento definitivo se dará no término da execução do objeto contratado, mediante a verificação do cumprimento de todas as cláusulas contratuais e a plena e total execução do serviço.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO LOCAL DE ENTREGA

13.1 Os cartões de utilização do Plano de Assistência Médica e Hospitalar, os livros da rede credenciada e as notas fiscais deverão ser entregues na Superintendência de Recursos Humanos – SUREH, localizado na SAUS, Quadra 01, Bloco 'G', Lotes 3 e 5, 9º andar. Asa Sul Brasília - DF - CEP: 70.070-010.

13.2 O horário para entrega é de 8hs às 12hs e das 14hs às 18hs, em dias úteis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA COBERTURA

14.1 Os serviços cobertos por este contrato estão especificados no Item 8 do Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS COBERTURAS EXCLUDAS

15.1 Os serviços cujas coberturas estão excluídas neste contrato estão especificados no Item 9 do Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESCISÃO

16.1 O presente Contrato poderá ser rescindido, na forma e na ocorrência de qualquer das hipóteses previstas nos artigos 77 a 80 da Lei nº. 8.666/93. Neste caso, deverão ser formalmente motivados, nos autos do processo, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO REEMBOLSO

17.1 O Segurado Titular e seus Dependentes poderão solicitar o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, comprovadamente pagas, às quais serão reembolsadas de acordo com o plano de seguro contratado, quando optarem por não utilizar a rede referenciada.

17.2 O reembolso também será garantido nos casos em que não for possível o atendimento de urgência e emergência na rede referenciada, de acordo com o plano contratado.

17.3 O valor mínimo para reembolso de consultas será de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais)

17.4 Para garantir o reembolso das despesas cobertas, o Segurado deverá solicitar com antecedência à realização do evento, a validação prévia da **CONTRATADA**, exceto para urgência e emergência.

17.5 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo Segurado diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede referenciada, não havendo obrigatoriedade contratual de reembolso integral.

17.6 Diárias Hospitalares: para efeito de reembolso as diárias hospitalares de UTI e de parto incluem:

a) diárias hospitalares incluem: registros hospitalares, alojamento, alimentação do paciente, alimentação do acompanhante de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, banho no leito, administração de medicamentos e todos os outros serviços de enfermagem;

b) diárias de UTI incluem: além dos serviços da diária normal, a monitorização cardiorespiratória e toda a assistência respiratória;

c) partos incluem: a permanência da parturiente e do recém-nascido em instalações adequadas e todos os cuidados necessários durante o trabalho de parto.

17.7 Taxas de Sala: para efeito de reembolso são consideradas taxas de sala:

a) As taxas de sala cirúrgica, previstas na Tabela da Contratada, só serão cobertas quando a cirurgia for realizada em centro cirúrgico devidamente instalado e equipado;

b) As taxas de sala cirúrgica incluem: assepsia, utilização das instalações, dos equipamentos, do instrumental cirúrgico e de roupas, além da esterilização do material e os serviços de enfermagem;

c) As demais taxas de sala (observação, recuperação pós-anestésica, cirurgia ambulatorial, gesso e exames/tratamentos especializados) serão pagas de acordo com o constante na Tabela da Contratada para o procedimento realizado;

d) As taxas de sala são pagas conforme a cirurgia, baseando-se no porte anestésico apresentado na Tabela da Contratada. Porte anestésico zero significa a não participação do anestesista, caso em que a taxa de sala não é devida;

e) Quando dois ou mais atos cirúrgicos forem realizados simultaneamente, pela mesma equipe cirúrgica, ou por equipes distintas, é devida somente uma taxa de sala, correspondente à cirurgia de maior porte.

17.8 Medicamentos e Materiais

17.8.1 O reembolso de medicamentos e materiais cirúrgicos será efetuado com base nos preços negociados na rede referenciada do plano, vigentes na data de sua utilização, de forma a garantir o que determina a CONSU 08 – ANS, alterada pela CONSU 15 – ANS.

17.9 Serão reembolsadas as Consultas, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, Honorários Profissionais de Atendimento Ambulatorial e Internações Hospitalares.

17.10 O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela da Contratada, obedecida à quantidade de auxiliares e o porte anestésico, previstos para cada procedimento.

17.11 Tabelas

17.11.1 Os procedimentos médicos estão contemplados na Tabela da Contratada que está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, além das coberturas adicionais definidas pela Contratada.

17.11.2 Para o cálculo de reembolso serão necessários os dados descritos a seguir:

17.11.3 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela da Contratada. A quantidade de Unidade de Serviço - US de determinados procedimentos poderá ser alterada, visando mantê-las compatíveis com os valores praticados no mercado.

17.11.4 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela da Contratada, e variam de acordo com o plano contratado.

17.11.5 Deverá ser apresentado o múltiplo de reembolso para consultas médicas de 2 (duas) vezes a Tabela da Contratada.

17.11.6 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro saúde.

17.11.7 O valor da USR de reembolso poderá, eventualmente, ser reajustado mediante livre negociação entre a Contratada e a Contratante, em periodicidade não inferior a 12 meses, respeitando sempre o previsto na CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, que determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada, e a data de reajuste da USR do prêmio mensal.

17.11.8 O reajuste do valor da USR deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos pelo presente contrato, não estando de qualquer forma vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico da apólice.

17.11.9 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$VR = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

*Prevista na Tabela da Contratada para o procedimento realizado

**Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

17.11.10 O valor correspondente a coparticipação prevista na cobertura do seguro será deduzido do valor a ser reembolsado ao Segurado Titular.

17.11.11 O reembolso será efetuado diretamente ao Segurado Titular, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data do recebimento dos documentos originais específicos para cada procedimento.

17.11.12 A **CONTRATADA** manterá em seu poder os recibos e notas fiscais originais referentes às despesas ressarcidas total ou parcialmente.

17.11.13 O valor reembolsado não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo segurado pelas respectivas despesas.

17.11.14 É facultado ao Segurado Titular solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Contratada.

17.11.15 Antes do recebimento do Cartão de identificação para acesso à Rede Referenciada, será garantido ao Segurado, o reembolso das despesas cobertas realizadas, de acordo com o plano contratado.

17.11.16 O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano para os serviços realizados no Brasil e de 2 (dois) anos para os serviços realizados no Exterior, a contar da data da realização dos eventos cobertos.

17.11.17 Para solicitação do reembolso das despesas médicas e/ou hospitalares serão necessários os seguintes documentos:

- c) Cópia do cartão de identificação, para os casos de solicitação de reembolso enviados pelo próprio beneficiário;
- d) Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços com CPF e endereço e/ou nota fiscal original, constando:

- Relatório médico informando diagnóstico, tratamento realizado, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomopatológico, se houver;

- Descrição do serviço realizado, quantidade com valor unitário, datas de atendimento, especialidade e CRM do médico;

- Descrição de materiais e medicamentos com valor unitário, e laudos de exames, se necessário, a critério da Contratada;

b) Para os casos de solicitação de reembolso dos serviços de remoção, na nota fiscal deverá constar o total de quilômetros rodados, hospital de origem e destino, especificação do tipo de ambulância (UTI ou simples) e relatório do médico assistente justificando a necessidade da remoção.

17.11.18 Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas, a Contratada solicitará documentos ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido nestas condições gerais.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS BENEFICIÁRIOS

18.1 Os tipos de beneficiários estão contidos no item 11 do Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA HABILITAÇÃO

19.1 A habilitação do beneficiário previsto no Termo de Referência ocorrerá:

19.1.1 Na data de admissão, no caso dos beneficiários relacionados no item 11.1 do Termo de Referência.

19.1.2 Mediante certidão de casamento, certidão de nascimento, escritura pública ou título de adoção, devidamente averbado no registro civil e certidão de termo de guarda e responsabilidade, para cônjuge, filhos e menores sob guarda do empregado.

19.1.3 Mediante apresentação de laudo médico-pericial comprovando a invalidez e declaração de dependência, para cônjuge ou companheiro (a).

19.1.4 Mediante apresentação de escritura pública declaratória de união estável, devidamente registrada em cartório ou certidão de nascimento de filho havido em comum, para o companheiro (a).

19.1.5 Mediante apresentação de cópia da Declaração do Imposto de Renda, para mãe e pai, madrasta e padrasto, sogro e sogra ou na falta desta, caso a legislação seja alterada, atesto da **CONTRATANTE** para a veracidade das informações.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

20.1 A partir do início de vigência do segurado e respeitadas as carências estabelecidas neste Contrato, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência será aquela estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela ANS para a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia.

20.2 Os demais procedimentos referentes aos casos de urgência e emergência deverão observar o disposto no item 13 do Termo de Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA REDE REFERENCIADA

21.1 A **CONTRATADA** deverá oferecer a rede referenciada de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários do plano de saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA FORMA DE CUSTEIO

22.1 A **CONTRATANTE** assumirá 100% (cem por cento) do custeio das despesas com assistência à saúde concedida aos empregados regidos pelo Plano de Benefícios e Vantagens, instituído em novembro/88.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

23.1 Nos casos de inexecução parcial ou total das condições pactuadas, garantido prévia defesa, a **CONTRATADA** ficará sujeita às seguintes sanções:

23.1.1 Advertência poderá ser aplicada:

a) Em casos de faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízo para a **CONTRATADA** e que não comprometam a continuação da prestação dos serviços.

23.1.2 A multa poderá ser aplicada:

a) 1% (um por cento) por dia sobre o valor do pedido mensal, quando não cumpridas fielmente às condições pactuadas, até a data da correção da falha, imperfeição ou irregularidade, exceto se essa tiver por causa motivo de força maior, definido por lei e reconhecido pela **CONTRATANTE**.

b) 5% (cinco por cento) sobre o valor do pedido mensal, pelo cancelamento total ou parcial do Contrato, a pedido da **CONTRATADA**, a qualquer pretexto, exceto se esta tiver por causa motivo de força maior.

23.1.2.1 O valor da multa referida na alínea “a” do subitem anterior será descontado da Nota Fiscal ou Fatura existente com a **CONTRATANTE** em favor da **CONTRATANTE**. Caso a multa seja superior ao crédito existente, a **CONTRATADA** será notificada para proceder o recolhimento da multa em até 10 (dez) dias ou sua diferença será prejuízo de eventual cobrança judicial.

23.1.3 Suspensão temporária de participar de licitação e impedimento de contratar com a Administração pelo prazo de até 2 (dois) anos, poderá ser aplicada:

a) Em casos de reincidências do subitem 23.1.2..

b) Não manter a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato.

23.1.4 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 5 (cinco) anos, poderá ser aplicada:

a) Quando a **CONTRATADA** descumprir ou cumprir parcialmente obrigação contratual, desde que fatos resultem prejuízos a **CONTRATANTE**, e, ainda, sofrer condenação definitiva por prática de fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos, ou deixar de cumprir suas obrigações fiscais ou parafiscais.

23.2 A critério da **CONTRATANTE**, as sanções poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia da **CONTRATADA**, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

23.3 Poderão ser aplicadas, ainda, as sanções previstas no artigo 7º da Lei nº. 10.520/2002.

23.4 Os casos de inadimplemento e demais casos omissos neste Contrato, garantida a prévia defesa, estão sujeitos às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO:

24.1 A **CONTRATANTE** providenciará a publicação deste instrumento, por extrato, nos termos do parágrafo único do artigo 61, da Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

25.1 O empregado designado pela **CONTRATANTE** acompanhará, toda a execução do Contrato a ser realizado pela **CONTRATADA**.

25.2 Na hipótese de existência de omissões e contradições entre o Termo de Referência, Edital, Contrato, prevalecerá o disposto no Termo de Referência, inclusive, quanto a todos os seus efeitos.

25.3 Não será permitida a subcontratação, sub-rogação e cessão da contratação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – DO FORO:

26.1 O foro competente, eleito pelas partes, é o da Justiça Federal da cidade de Brasília - Seção Judiciária do Distrito Federal, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente Contrato.

E por estarem assim justas e acordadas, as Partes assinam o presente Instrumento em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito, na presença das testemunhas abaixo.

Brasília, de de 2017.

VALEC – ENGENHARIA, CONSTRUÇÕES E FERROVIAS S.A.

HANDERSON CABRAL RIBEIRO

Diretor de Administração e Finanças Interino

XX

MÁRIO MONDOLFO

Diretor – Presidente

XX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

CPF: _____

NOME: _____

CPF: _____

TERMO DE ENCERRAMENTO

Este volume do **Edital nº 015/2017** de **Pregão Eletrônico** possui 56 (cinquenta e seis) folhas numericamente ordenadas.

Brasília/DF, 26 de julho de 2017.

FLÁVIA CARNEIRO DE OLIVEIRA
Superintendente de Licitações e Contratos