

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MATO GROSSO

TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETO: contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica complementar, com coberturas adicionais na área da saúde, pela Justiça Eleitoral do Estado de Mato Grosso.

Sumário do novo Termo de Referência

TERMO DE REFERÊNCIA.....	2
1. DA JUSTIFICATIVA.....	2
2. DO OBJETO	2
3. ESTIMATIVA DE PREÇO.....	3
4. DOS BENEFICIÁRIOS:.....	3
5. DA ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE.....	3
6. DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS	3
7. DOS SERVIÇOS.....	5
8. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE:.....	5
9. DAS CONDIÇÕES PARA ASSINATURA DO CONTRATO:.....	6
10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA.....	7
11. DAS OBRIGAÇÕES DO TRE/MT	9
12. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO.....	10
13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	10
14. DOS PREÇOS	10
15. DO REAJUSTE.....	10
16. DO REEMBOLSO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	11
17. DO RECEBIMENTO.....	12
18. DAS FATURAS	12
19. DO PAGAMENTO	13
20. DO ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO	13
21. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	14
22. DAS SANÇÕES LEGAIS PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CONTRATAÇÃO	16

23. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	19
ANEXO I – GRUPOS DE FAIXAS ETÁRIAS.....	20
ANEXO II – ENDEREÇO DAS LOCALIDADES DE ATENDIMENTO	21
ANEXO III – ANÁLISE DE DESEMPENHO DO CONTRATO Nº 20/2011	24
ANEXO V - COBERTURA MÍNIMA DOS PLANOS CONTRATADOS	26
ANEXO VI – DEFINIÇÕES DAS EXCLUSÕES DE ATENDIMENTO.....	28
ANEXO VII – PLANILHA DE FORMAÇÃO DE PREÇOS.....	30
ANEXO VIII –PREÇO DE PLANO OPCIONAL	31
ANEXO IX – ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO (ANS).....	32
ANEXO IX – REQUISITO DE DADOS.....	34
Tabela1 – layout de cadastro	34
Tabela2 – layout de sinistro.....	35

TERMO DE REFERÊNCIA

Nos termos da Lei 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 3.555 de 08 de agosto de 2000, do Decreto nº 10.024 de 20 de setembro de 2019, e, subsidiariamente, da Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis nº 8.883/94 e 9.648/98 e nos termos da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 387, de 28 de outubro de 2015 e nº 259, de 17 de junho de 2011 e alterações, apresenta-se este termo de referência para subsidiar os procedimentos administrativos necessários à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica complementar àquela prestada diretamente por este Tribunal, por meio dos médicos da Coordenadoria de Assistência Médica e Social (CAMS).

1. DA JUSTIFICATIVA

1.1. A contratação tem por objetivo fornecer ao servidor e aos seus familiares os meios necessários para a garantia da higidez de sua saúde, contribuindo para o bem-estar dos trabalhadores, com reflexos positivos na eficiência e na eficácia dos serviços prestados por esta instituição, através da prestação de serviço de plano privado de assistência à saúde.

2. DO OBJETO

2.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação de PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, sem carência, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, incluindo partos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, no âmbito de todo o território nacional, com padrões de enfermagem e apartamento individual com banheiro privativo, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, e nos termos da Agência Nacional de Saúde, conforme coberturas previstas no rol de Procedimentos da ANS, aos beneficiários

regularmente inscritos no Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso, em conformidade com o escalonamento das faixas etárias relacionadas no ANEXO I e nas localidades estabelecidas no ANEXO II.

3. ESTIMATIVA DE PREÇO

3.1. O preço global máximo estimado do contrato será de R\$ 48.969.226,20 (quarenta e oito milhões, novecentos e sessenta e nove mil, duzentos e vinte e seis reais e vinte centavos).

3.2. O preço acima estimado baseia-se no Relatório Demonstrativo de Coleta de Preços apurado pela Seção de Gerenciamento de Compras/CMP/TRE-MT.

4. DOS BENEFICIÁRIOS:

4.1. Serão Beneficiários dos serviços para fins da presente licitação:

a) Na qualidade de Beneficiários-Titulares: os membros, os servidores ativos em efetivo exercício, os servidores inativos, os servidores sem vínculo efetivo com a Administração Pública, no exercício de cargo em comissão, bem como os servidores dos quadros dos Tribunais Regionais Eleitorais e do Tribunal Superior Eleitoral que estejam à disposição desta Corte e que optarem pelo benefício de assistência à saúde deste órgão;

b) O grupo familiar será composto por cônjuge, inclusive por meio de união homoafetiva, companheiro(a), filhos solteiros e/ou equiparados a filhos solteiros (adotados ou sob guarda) até 21 anos de idade ou até 24 anos se estudante devidamente matriculado, ou de qualquer idade se portador de necessidade especial, bem como pai e mãe do servidor. Para todos os outros vínculos será permitida apenas a manutenção dos beneficiários existentes desde que sejam até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade do beneficiário-titular;

c) Os pensionistas.

4.2. Cada pensionista será considerado beneficiário-titular perante o plano de saúde, não sendo permitida a inclusão de seu grupo familiar e/ou dependentes econômicos no plano.

5. DA ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE

5.1. A estimativa de beneficiários do TRE/MT que utilizarão o Plano de Saúde a ser contratado consta do ANEXO IV e corresponde aos utilizadores do plano de saúde atualmente contratado, podendo sofrer alterações, inclusive antes da assinatura do contrato.

6. DAS INCLUSÕES, EXCLUSÕES E ALTERAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

6.1. O beneficiário inscrito em um plano fica obrigado a permanecer nesse plano por 1 (um) ano a contar da data da sua inscrição ou transferência, ressalvados os casos de desligamento do servidor.

6.2. O ingresso dos beneficiários previstos no item 4.1, alínea “b” dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

6.3. A inclusão de novos beneficiários de que trata o item 4.1 será processada de forma automática, a partir da comunicação eletrônica do TRE/MT à empresa a ser contratada, observados os requisitos previstos na Resolução TRE-MT n. 690, de 31 de maio de 2011 e posteriores atualizações.

6.4. A utilização dos serviços iniciará a partir da efetivação da inscrição conforme item 6.3.

6.5. As exclusões serão executadas de ofício ou a pedido, de acordo com o calendário de movimentação apresentado pela contratada, exceto em casos de desligamento do titular do Tribunal. Neste caso, a cobrança será feita proporcionalmente ao período em que esteve ligado ao plano.

6.6. O desligamento do servidor deverá ser comunicado pela CONTRATANTE à CONTRATADA. Após 30 (trinta) dias do desligamento, a CONTRATADA não poderá efetuar cobranças retroativas

6.7. O cadastramento de beneficiários dependerá da apresentação de Certidão de Nascimento ou RG¹, CPF e Comprovante de Endereço e, conforme o caso, Comprovação de Vínculo com o TRE/MT, Comprovação de Dependência Econômica, Comprovação do Vínculo Familiar (consanguíneo ou por afinidade).

6.8. A CONTRATADA deverá providenciar o cadastramento de todos os beneficiários atualmente inscritos no plano de saúde a partir da assinatura do contrato até, no máximo, a data de início de sua vigência.

6.9. As hipóteses abaixo discriminadas constituem possibilidades de exclusão dos beneficiários:

- a) Falecimento;
- b) Divórcio;
- c) Cancelamento de união estável;
- d) Exoneração;
- e) Vacância por posse de outro cargo não cumulativo;
- f) Redistribuição;
- g) Perda do exercício no TRE-MT de servidores dos quadros dos Tribunais Regionais Eleitorais e do Tribunal Superior Eleitoral;
- h) Demissão;
- i) Destituição de cargo em comissão de servidor sem vínculo;
- j) Perda da condição de dependente legal ou econômico;
- k) Pedido expresso do titular quanto à exclusão;

7. DOS SERVIÇOS

7.1. DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

7.1.1. A empresa CONTRATADA prestará os serviços do plano privado de assistência à saúde, coletivo, contratados em todo o território nacional em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de saúde, próprios ou credenciados, devendo apresentar a cobertura mínima constante do ANEXO V e o credenciamento de especialidades/área de atuação previstas na Resolução CFM nº 2116/2015 e posteriores alterações, sem prejuízo da cobertura assistencial mínima estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, relativas àquelas doenças constantes da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – OMS.

7.1.2. Aos beneficiários discriminados no item 4 serão disponibilizados os seguintes tipos de planos **obrigatoriamente**:

a) Plano Apartamento: Cobrirá, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo de referência e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pelas empresas prestadoras de assistência à saúde na respectiva rede própria ou credenciada, com padrão de internação em Apartamento Individual com Banheiro Privativo.

b) Plano Enfermaria: Cobrirá, cumulativamente, as despesas referentes aos serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde especificados neste termo de referência e outras asseguradas pela legislação vigente a serem executadas pelas empresas prestadoras de assistência à saúde na respectiva rede própria ou credenciada, com padrão de internação em Enfermaria.

7.1.3. Aos beneficiários discriminados no item 4 poderá ser **ofertado opcionalmente** um terceiro padrão de plano, com padrão de acomodação em apartamento desde que ele ofereça rede credenciada diferenciada e superior em relação aos demais planos e com cobertura por **reembolso eletivo e de livre escolha** com valor mínimo para consultas eletivas no valor de R\$ 150,00 reais e tabela dos demais procedimentos que contenham racional de múltiplos e honorários coerente com o mínimo estabelecido para a consulta eletiva.

7.1.4. Este plano será considerado um diferencial, mas não será um fator crítico de decisão, sendo que apenas os planos da cláusula 7.1.2 são os mínimos obrigatórios a ser apresentados.

8. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE:

8.1. As exclusões da cobertura assistencial de que trata este Termo de Referência compreendem os procedimentos listados no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas alterações, observando-se as definições contidas no ANEXO VI.

9. DAS CONDIÇÕES PARA ASSINATURA DO CONTRATO:

9.1. Quanto aos hospitais, deverá apresentar relação em que conste o nome, o endereço das instituições, bem como pessoa para contato, observando para Cuiabá/MT, a seguinte infraestrutura mínima:

- a) 3 (três) hospitais gerais com o mínimo de 70 (setenta) leitos, excluindo-se aqueles habilitados para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os de UTI, com internações em enfermarias e apartamentos individuais com banheiro privativo e pronto-atendimento nas especialidades de clínica médica, pediatria, ortopedia, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia;
- b) 3 (três) hospitais gerais com UTI adulto;
- c) 3 (três) hospitais gerais com UTI neonatal;
- d) 3 (três) hospitais gerais com UTI infantil;
- e) 1 (um) hospital infantil e maternidade;
- f) 1 (um) hospital com pronto-atendimento especializado nas áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia;
- g) 1 (um) hospital especializado em cardiologia, com UTI;
- h) 1 (um) hospital especializado em ortopedia/traumatologia;
- i) 2 (duas) clínicas para terapia renal substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise, diálise peritoneal contínua);
- j) 2 (dois) centros de medicina diagnóstica por imagem que realizem exames de ressonância magnética (incluindo equipamento de alto campo / 1,5 tesla), tomografia computadorizada, ultrassonografia (incluindo sistema doppler), densitometria, raio-x e mamografia.

9.2. Abrangência de todos os exames laboratoriais propostos, com um mínimo de 02 laboratórios em Cuiabá, participantes do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC, comprovando-se mediante certificado emitido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial – SBPC/ML.

9.3. Apresentar a relação nominal dos médicos, sendo que, na cidade de Cuiabá deverão ser disponibilizados profissionais em TODAS as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e suas devidas áreas de atuação, devendo, ainda, ser observado o número de profissionais nas especialidades abaixo, em até 90(noventa) dias da assinatura do contrato.

ESPECIALIDADES	Nº MÍNIMO DE PROFISSIONAIS
Alergia e Imunologia	03
Cardiologia	10
Cirurgia Geral	10
Dermatologia	10
Endocrinologia	05
Gastroenterologia	03
Geriatria	03
Ginecologia e obstetrícia	10

Infectologia	03
Neurocirurgia	05
Neurologia	05
Oftalmologia	10
Ortopedia e Traumatologia	10
Otorrinolaringologia	05
Pediatria	10
Pneumologia	03
Psiquiatria	03
Urologia	05

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10.1. Assegurar a execução dos serviços, conforme estabelecido neste Termo de Referência.

10.2. Disponibilizar, on-line, aos beneficiários o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, conforme os padrões especificados pela Instrução Normativa nº 20 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, de 29.09.2009, bem como suas alterações e atualizações.

10.3. Fornecer aos beneficiários do TRE/MT credenciais magnéticas de identificação constando seus nomes e o plano a que pertencem, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da inclusão ou da solicitação de 2ª via, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios.

10.4. Instituir controle de validade das credenciais magnéticas de identificação, devendo, até o prazo máximo de 15 (quinze) dias antes de expirado o prazo de validade, entregar novas credenciais ao TRE/MT, relativamente aos usuários que se encontrem na situação descrita.

10.5. Fornecer um guia médico impresso ou acessível por internet, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outras instituições da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente.

10.6. Manter a rede de atendimento credenciada dentro do mínimo estabelecido para contratação, conforme itens 9.1, 9.2 e 9.3, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos.

10.7. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante o período de internação do beneficiário, a CONTRATADA se obriga a providenciar a manutenção da internação naquele estabelecimento e a pagar as respectivas despesas até a alta hospitalar.

10.8. Em caso de substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado por outro equivalente, a CONTRATADA deverá comunicar o fato ao TRE/MT com 15 (quinze) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.9. A CONTRATADA fica obrigada a autorizar a realização de exames laboratoriais requeridos por profissionais não credenciados.

10.10. Encaminhar mensalmente ao TRE/MT, dados de cadastro e utilização médica conforme **Requisitos de Dados** do anexo X. Os dados de utilização médica poderão ser anonimizados no âmbito do beneficiário, mas a chave de relacionamento entre cadastro e sinistro deverá ser possível de cruzamento dessas duas bases. Todos os dados solicitados pelo TRE/MT serão contidos no padrão TISS para garantir que a CONTRATADA tenha a informação disponível.

10.11. Assegurar aos beneficiários do TRE/MT, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.

10.12. Assegurar a remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar da rede credenciada, em qualquer parte do território nacional, desde que atestado por recomendação médica do paciente, sem qualquer ônus adicional.

10.13. Assegurar aos usuários autorização para os procedimentos de forma ágil, sempre em tempo real, exceto nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para a sua liberação, a qual devem observar os prazos previstos na RN n.º 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e alterações posteriores.

10.14. Pôr à disposição do TRE/MT um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários, quais sejam: os formulários de inclusão, exclusão ou alteração de plano.

10.15. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pelo TRE/MT, responsabilizando-se pelos fatos advindos da ineficiência, morosidade e irregularidades praticadas por seus empregados e prepostos, exceto no que se refere a procedimentos médicos, em que prevalece a relação médico-paciente, e a responsabilidade de ambos.

10.16. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a responsabilidade pela execução dos serviços, objeto da presente licitação.

10.17. Manter, durante toda a execução do Contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação.

10.18. Não se valer do Contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem a prévia autorização do TRE/MT.

10.19. Prestar os serviços de remoção dos beneficiários, conforme discriminado no item 7 do ANEXO V.

10.20. Demonstrar, durante toda a vigência do Contrato, a manutenção da qualidade na prestação dos serviços especificados neste Termo de Referência.

10.21. Apresentar relatório gerencial mensal que contenha dados de sinistralidade com números mensais de vidas, receita total, despesa total, coparticipação total, gastos totais por grupos de despesas, quantidade total dos eventos por grupo de

despesa e outros indicadores utilizados pela operadora, tais como, rankings, análises e segmentação de risco ou de tipo de utilização dos beneficiários.

10.22. Prestar, sem prejuízo do disposto neste termo de referência, a cobertura assistencial mínima e as garantias de atendimento aos beneficiários do plano privado de assistência à saúde, previstas nas RN n.º 259/2011 e 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas alterações ou substituições.

10.23. Cumprir com as demais obrigações e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.24. Resguardar o sigilo dos dados e documentos que lhe forem confiados para o desempenho dos serviços ora contratados.

10.25. Manter estrutura administrativa e preposto no município de Cuiabá, para representá-la na execução dos serviços e resolver possíveis irregularidades identificadas; bem como para comparecer, imediatamente, à sede da CONTRATANTE, sempre que solicitado.

11. DAS OBRIGAÇÕES DO TRE/MT

11.1. Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do Contrato com a CONTRATADA, com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

11.2. Informar, por escrito ou via eletrônica, mensalmente, à CONTRATADA, as inclusões, exclusões e alterações de plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do direito ao atendimento, sem prejuízo da movimentação diária via on-line.

11.3. Promover, por intermédio de servidores designados das áreas médica e administrativa, frequentes avaliações da manutenção da capacidade operacional da licitante contratada, em especial de suas reais condições de execução dos serviços objeto desta licitação.

11.4. Acompanhamento e fiscalização dos serviços, sob os aspectos quantitativo e qualitativo, devendo a Comissão responsável pela fiscalização do contrato anotar em registro próprio as falhas detectadas, comunicando as ocorrências à Diretoria-Geral, com vistas à adoção das medidas que se fizerem necessárias.

11.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que porventura venham a ser solicitados.

11.6. Efetuar o pagamento à CONTRATADA, na forma estabelecida neste termo de referência.

11.7. Proporcionar à CONTRATADA as facilidades necessárias a fim de que possa desempenhar normalmente os serviços contratados.

11.8. Não exigir da CONTRATADAS serviços estranhos às atividades específicas do contrato, sob pena de arcar com as consequências que advirem a si, à CONTRATADA e a terceiros.

11.9. Comunicar, no ato da liquidação da despesa, aos órgãos incumbidos da arrecadação de tributos da União, Estado e Município, as características e os valores pagos à Contratada, segundo o disposto no art. 63 da Lei n.º 4.320/64.

11.10. Manter o sigilo das informações conhecidas por sua Comissão de Fiscalização acerca dos dados contidos nos relatórios de eventos apresentados pela Contratada semestralmente.

12. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

12.1. O início da vigência contratual dar-se-á a partir de 01/07/2022.

12.2. A contratação a ser firmada terá vigência de até 60 (sessenta) meses, consoante previsto no art. 57, II, da Lei n.º 8.666/93, com avaliações a cada 12 (doze) meses, que demonstrem a vantagem da manutenção do contrato para a Administração, nas quais deverão constar:

a) Declaração expressa dos responsáveis designados pelo CONTRATANTE para o acompanhamento da execução deste instrumento, de que a contratada vem atendendo as suas obrigações e desempenhando os serviços na forma e condições definidas neste termo de referência;

b) Constatação junto ao mercado, indicando que os preços e as condições contratadas se apresentam mais vantajosas para o CONTRATANTE.

13. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. As despesas decorrentes do objeto desta contratação correrão à conta dos recursos consignados no orçamento da Justiça Eleitoral mato-grossense, na Ação Orçamentária 02.301.0570.2004.0051 – Assistência Médica e Odontológica aos servidores empregados e seus dependentes, grupo de despesa Custeios.

14. DOS PREÇOS

14.1. Os preços dos PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL serão organizados de acordo com as planilhas e orientações constantes do ANEXO VII, exceto pela aplicação de fator redutor, que deverá ser utilizado somente para fins de equiparação das propostas, e deverão manter as proporções estipuladas pela legislação vigente.

14.2. A apresentação de propostas deverá conter fator moderador de coparticipação com percentual sobre os eventos pagos de 50% em consultas.

14.3. Para fins de referência as licitantes interessadas deverão evidenciar, na composição de preço, Fator Redutor aplicado no preço original, de acordo o percentual de coparticipação do beneficiário descrito no item 14.2, sendo vedada qualquer outro tipo de coparticipação ou plano isento deste mecanismo de regulação.

14.4. A licitante deverá destacar nominalmente qual foi o desconto linear dado no preço do produto em função da presença de coparticipação.

14.5. Os preços do Plano Enfermaria não poderão ultrapassar 70% (setenta por cento) dos valores apresentados para o primeiro padrão de Plano Apartamento.

15. DO REAJUSTE

15.1. O contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvado no caso da variação da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, não podendo haver aplicação de percentuais de reajuste

diferenciados entre as faixas etárias e/ou entre beneficiários-titulares, grupo familiar, dependentes econômicos ou pensionistas.

15.2. O reajuste dar-se-á mediante negociação a ser implementada pela Administração, com a finalidade de obtenção de preços mais vantajosos para a CONTRATANTE, tendo como limite máximo autorizado, o valor correspondente ao índice de Sinistralidade.

15.3. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

15.5. O percentual de revisão será apurado pela média das sinistralidades mensais, a cada 12 (doze) meses.

15.6. O cálculo da sinistralidade do período observado será realizado da seguinte maneira:

$$SI = \frac{DA - RC}{RM}$$

Legenda:

SI: Sinistralidade

DA: Despesas assistenciais: honorários médicos + diagnósticos + terapêuticos + taxas + diárias + materiais + medicamentos + órteses + próteses

RC: Recuperação de coparticipação

RM: Receita de Mensalidade

15.7. O cálculo do índice para o reajuste será através da seguinte fórmula, considerando Sinistralidade Meta de 80%:

15.8. Quando o índice de sinistralidade ultrapassar 80% (oitenta por cento), o cálculo do percentual para o reequilíbrio econômico-atuarial será através da seguinte fórmula:

$$RE = \frac{S}{SM}$$

Legenda:

RE: Reequilíbrio econômico-atuarial S: Sinistralidade

Sm: Sinistralidade Meta (80%)

16. DO REEMBOLSO

16.1. As despesas geradas pela realização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares cobertos deverão ser reembolsadas, nas hipóteses previstas neste item.

16.2. Caberá reembolso das despesas efetuadas nas seguintes hipóteses:

a) Nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados neste Termo de Referência;

b) Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

c) Nos casos de urgência e emergência, como abaixo definidos, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria ou credenciada da CONTRATADA.

i. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

ii. Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

16.3. Serão considerados os seguintes critérios para os valores de reembolso:

a) Para as situações previstas na alínea “c” do item anterior, será reembolsado 100% do Valor de Referência – VR da tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM ou, no caso de despesas hospitalares, a tabela da CONTRATADA, que deverá ser apresentada junto com a proposta.

b) Nos casos previstos nas alíneas “a” e “b” do subitem anterior, o valor do reembolso corresponderá ao pagamento integral das despesas cobertas por este termo de referência.

16.4. O prazo máximo para reembolso, por parte da CONTRATADA, contados da apresentação, pelos beneficiários, do comprovante de pagamento acompanhado da documentação exigida, será de 30 (trinta) dias consecutivos.

16.5. A CONTRATADA informará ao TRE/MT, no início da vigência do contrato, os documentos necessários a serem apresentados pelos beneficiários para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares.

16.6. Os procedimentos não previstos na Tabela da CBHPM e reconhecidos pelo CONSU/ANS serão reembolsados conforme tabela a ser apresentada pela CONTRATADA e aprovada pelo TRE/MT.

17. DO RECEBIMENTO

17.1. O demonstrativo dos valores de mensalidades e coparticipação dos serviços prestados serão recebidos mensalmente, provisoriamente, pelo gestor do contrato, para que seja verificada a sua conformidade com as especificações e exigências contidas neste Termo de referência.

17.2. Inexistindo irregularidade nos serviços, o gestor do contrato o receberá definitivamente, dando o atesto para pagamento dos serviços.

17.3. A avaliação dos serviços será objetiva e seguirá os procedimentos, imposições, fórmulas e parâmetros estabelecidos no Acordo de Nível de Serviço (ANS) contido no ANEXO IX deste Termo de Referência.

18. DAS FATURAS

18.1. As faturas serão entregues/disponibilizadas ao TRE/MT, impreterivelmente, até o dia 10 (dez) de cada mês.

18.2. A fatura/nota fiscal apresentada com erro será devolvida à CONTRATADA para retificação, acrescentando-se no prazo fixado anteriormente, os dias que se passarem entre a data da devolução e da apresentação.

18.3. A liquidação das despesas será efetivada após a apresentação das faturas/notas fiscais de valor correspondente ao serviço efetuado, devidamente protocolada, que deverão ser processadas em duas vias, com todos os campos preenchidos, sem rasuras e devidamente atestadas pelo (s) responsável (s) pelo acompanhamento e fiscalização dos serviços.

18.4. As faturas mensais conterão anexa relação nominal de todos os usuários, com os valores devidos à participação de cada um, contendo as novas inclusões e, caso não haja tempo hábil para tal, o pagamento será feito em fatura complementar no mês subsequente.

18.5. O usuário excluído do plano de saúde no decorrer do mês terá seu nome constante da relação nominal anexa à fatura, com o valor correspondente à sua participação até o dia de sua exclusão.

18.6. Na eventualidade de não haver tempo hábil à exclusão do usuário da relação que acompanha a fatura, será informado e lançado, pela contratada, o montante do desconto na fatura subsequente com os valores correspondentes aos dias contados a partir da exclusão.

19. DO PAGAMENTO

19.1. Após a atestação do documento de cobrança, que deverá ocorrer no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contado do seu recebimento, o gestor do contrato deverá encaminhá-lo para pagamento.

19.2. O pagamento das contraprestações com Plano de Saúde será realizado até o dia 28 (vinte e oito) de cada mês, sempre mediante depósito bancário.

19.3. Havendo penalidade de multa, o valor poderá ser deduzido do crédito que a CONTRATADA porventura fazer jus.

19.4. O valor do pagamento será aquele apresentado no documento de cobrança, descontadas as glosas e multas, conforme o caso.

19.5. Aos demais inadimplementos não previstos na tabela de glosas (Acordo de Níveis de Serviço – ANS), serão aplicadas as penalidades através de processo administrativo.

19.6. A título de ressarcimento dos custos administrativos de cadastramento, será deduzida, mensalmente, do valor bruto a ser repassado à CONTRATADA, a quantia de R\$ 1,97 (um real e noventa e sete centavos) por beneficiário-titular. Este montante poderá vir a ser alterado, em função de majoração por meio de normativo próprio.

20. DO ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO

20.1. O processo de avaliação dos serviços a serem prestados pela contratada terá como base o atendimento aos padrões, condições e especificações definidas neste Termo de Referência.

20.2. Para mensuração dos níveis de qualidade esperados na prestação do serviço será adotado o Acordo de Níveis de Serviço (ANS), conforme ANEXO IX deste Termo de Referência, por meio do qual, mediante a adequação dos pagamentos aos resultados efetivamente obtidos, verificar-se-á se os resultados contratados foram realizados nos prazos e condições exigidos.

21. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

21.1. MODALIDADE: Pregão Eletrônico.

21.2. DA HABILITAÇÃO

21.2.1. Tratando-se de sociedade empresarial, ato constitutivo consolidado, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, com todas as suas alterações, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores (art. 28 da Lei 8.666/93).

21.2.2. Tratando-se de sociedade simples, inscrição do ato constitutivo, com todas as suas alterações, acompanhado de prova da diretoria em exercício (art. 28 da Lei 8.666/93).

21.2.3. Tratando-se de empresa ou sociedade estrangeiras 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 da Lei 8.666/93).

21.2.4. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ (art. 29 da Lei 8.666/93);

21.2.5. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social, através da apresentação da Certidão Negativa de Débitos – CND, ou positiva com efeitos de negativa, relativa às Contribuições Previdenciárias, emitida pela Receita Federal do Brasil – RFB (art. 29 da Lei 8.666/93); relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (art. 29 da Lei 8.666/93); relativa a Fazenda Nacional, que se dará mediante a apresentação da Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Positiva com efeitos de negativa, relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, emitida pela Receita Federal do Brasil – RFB – e Procuradoria Geral de Fazenda Nacional – PGFN (art. 29 da Lei 8.666/93);

21.2.6. Certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, emitida pela Justiça do Trabalho (art. 29, V, da Lei 8.666/93).

21.2.7. As microempresas e as empresas de pequeno porte deverão juntar toda a documentação fiscal exigida. Havendo qualquer restrição tributária, essas empresas terão o prazo de dois dias úteis, podendo ser prorrogado por igual período, contado do dia da declaração do vencedor provisório do certame, para regularizar sua situação junto ao fisco, nos termos dos artigos 42 e 43 da Lei Complementar nº 123/2006 c/c art. 4º, §1º, do Dec. 6204/07, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de negativa (art. 29 da Lei 8.666/93).

21.2.8. Apresentar balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício financeiro, apresentados na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados quando encerrados há mais de 03 (três) meses da data de apresentação das propostas, tomando como base a variação do IGP-DI ocorrida no período.

21.2.9. A comprovação de possuir boa situação financeira, será avaliada pelos Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), que deverão ser iguais ou superiores a 1,0 (um), apurados pelas seguintes fórmulas:

$$\begin{aligned} \text{LG} &= \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}} \\ \text{SG} &= \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}} \\ \text{LC} &= \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}} \end{aligned}$$

21.2.10. A proponente que não alcançar os índices previstos no subitem acima, poderá supri-los com a comprovação de que possui Patrimônio Líquido igual ou superior a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação, conforme previsto no inciso III, § 2º e 3º do art. 31 da Lei nº 8.666/93;

21.2.11. Certidão negativa de falência e recuperação judicial, expedida pelo distribuidor ou distribuidores (caso exista mais de um) da sede da pessoa jurídica, há menos de 180 (cento e oitenta) dias da data de recebimento dos envelopes, para as certidões sem prazo de validade expresse.

21.2.11.1. Caso a certidão negativa de falência e recuperação judicial contenha prazo de validade expresse, só serão aceitas as certidões cujo prazo de validade esteja vigente.

21.2.12. Apresentar, no mínimo, 01 (um) atestado de capacidade técnica em nome da licitante, pessoa jurídica, e fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove aptidão da licitante para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação.

21.2.12.1. Considerar-se-á, para efeito da avaliação e aceitação de atestado, serviços compatíveis, a prestação de assistência médico-hospitalar, através de Seguro Saúde e “serviços compatíveis” prestados a um contingente mínimo de 1.000 (mil) beneficiários.

21.2.13. Comprovação do registro da inscrição da empresa licitante junto à Agência Nacional de Saúde – ANS, para comprovar que a licitante está apta a prestar os serviços objeto deste Termo de Referência, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores.

21.2.14. No caso de participação de cooperativas, deverão ser apresentadas certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços, tendo em vista a abrangência nacional da contratação, e a necessidade de comprovação de intercâmbio entre todas as cooperativas.

21.3. DA CLASSIFICAÇÃO E JULGAMENTO

21.3.1. O julgamento far-se-á pelo critério objetivo de menor preço global para a previsão de contratação (sessenta meses), para os serviços do plano de saúde, obtido por meio da aplicação das regras dispostas no ANEXO VII, **devendo ser considerado os preços ofertados para o Plano Apartamento Nacional (padrão).**

21.3.2. Para efeito de julgamento, a proposta de preços a ser apresentada deverá considerar que todos os beneficiários utilizarão a acomodação Apartamento.

21.3.3. No preço ponderado global ofertado deverá estar incluído todos os benefícios e os custos diretos e indiretos para a prestação dos objetos licitados, tais como: aquisição de materiais e pagamento da mão-de-obra, transporte de pessoal, alimentação, know-how, royalties, despesas financeiras, serviços de terceiros, aluguel, aquisição de máquinas, equipamentos, veículos, e transportes, contribuições devidas à Previdência Social, encargos sociais e trabalhistas, impostos, taxas e emolumentos incidentes sobre a prestação do serviço e outras despesas, quaisquer que sejam as suas naturezas.

22. DAS SANÇÕES LEGAIS PELA INEXECUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA CONTRATAÇÃO

22.1. Independentemente de outras sanções legais e das cabíveis cominações penais, pelo descumprimento das obrigações pactuadas, a Administração poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à empresa, segundo a extensão da falta cometida, as seguintes penalidades:

22.1.1. Advertência por escrito, nas hipóteses de execução irregular da contratação que não resulte em prejuízo para o serviço deste Tribunal;

22.1.2. Multa de mora: aplicação da penalidade de multa de mora, correspondente a 0,5% (meio por cento) por dia, incidente sobre o valor da parcela a que se fizer referência, nas hipóteses de atraso injustificado no cumprimento de uma ou mais cláusulas do Edital, termo de referência, projeto básico, contrato ou ata de registro de preços, considerado também aquele em que as justificativas apresentadas pela contratada não forem aceitas pela Administração.

22.1.2.1. A multa prevista será aplicada até o limite máximo de 5% (cinco por cento), incidente sobre a parcela a que se fizer referência.

22.1.2.2. Atingido o percentual máximo previsto poderá ser configurada a inexecução parcial do contrato.

22.1.3. Multa administrativa por inexecução parcial: aplicação de multa administrativa de 5% (cinco por cento) sobre o valor a que fizer referência, nas hipóteses de descumprimento de uma ou mais cláusulas do Edital, termo de referência, projeto básico, contrato ou ata de registro de preços, ensejando a inexecução parcial do instrumento.

22.1.3.1. Considera-se o valor da parcela de referência, nas hipóteses de inexecução parcial e mora injustificada, o valor da nota fiscal para os contratos que envolverem obrigações de trato sucessivo e o valor referente ao objeto não executado, ou executado com atraso, nos casos de contratos que envolvam obrigações de execução instantânea ou de execução diferida;

22.1.4. Multa administrativa por inexecução total: a aplicação da penalidade de multa administrativa de 10% (dez por cento) sobre o valor total da contratação, nas hipóteses de inexecução total: o não aceite da nota de empenho, a não assinatura do contrato ou da ata de registro de preços, bem como o não cumprimento de nenhuma

das obrigações estabelecidas no Edital, termo de referência, projeto básico, contrato ou ata de registro de preços.

22.1.4.1. Considera-se valor da contratação aquele constante da nota de empenho vinculada a determinado contrato ou a própria nota de empenho que o substitui, nos termos do art. 62, da Lei nº 8.666/1993.

22.1.5. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o TRE-MT, por prazo não superior a 2 (dois) anos, nas hipóteses de inexecução total ou parcial do instrumento.

22.1.5.1. A penalidade de suspensão prevista no item acima, somente será aplicada no prazo máximo previsto, caso preencha objetivamente todos os requisitos abaixo:

I - a existência de prejuízo às atividades finalísticas deste Regional;

II - a prática de 3 (três) ou mais infrações administrativas junto aos outros órgãos administrativos;

III - que o valor da contratação seja superior a R\$ 17.600 (dezesete mil e seiscentos reais) Decreto nº 9.412/2018.

22.1.5.2. Caso não sejam preenchidos todos os requisitos previstos nos incisos I a III acima, caberá à autoridade competente estabelecer o tempo necessário da suspensão, devendo ser inferior ao limite máximo estabelecido no caput deste artigo, observando, para tanto, o disposto no item 20. 7 deste tópico.

22.1.6. Impedimento de licitar e contratar com a União, com descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, nas hipóteses de ocorrências abaixo discriminadas e respectivos prazo de aplicação da penalidade:

a) deixar de entregar documentação exigida para o certame: 2 (dois) meses;

b) não celebrar o contrato ou a ata de registro de preços, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta: 4 (quatro) meses;

c) apresentar documentação falsa exigida para o certame: 24 (vinte e quatro) meses;

d) ensejar o retardamento da execução do certame, considerada esta qualquer ação ou omissão do licitante que prejudique o bom andamento do certame, evidencie tentativa de indução a erro no julgamento, ou ainda que atrase a assinatura do contrato ou ata de registro de preços: 4 (quatro) meses;

e) não manter a proposta, considerada esta a ausência de seu envio, bem como a recusa do envio de seu detalhamento, quando exigível: 12 (doze) meses;

f) considera-se também a não manutenção da proposta o pedido pelo licitante da desclassificação de sua proposta quando encerrada a etapa competitiva, desde que não esteja fundamentada na demonstração de vício ou falha na sua elaboração, que evidencie a impossibilidade de seu cumprimento: 12 (doze) meses;

g) falhar na execução do contrato, considerada esta o inadimplemento grave ou inescusável de obrigação assumida pelo contratado: 12 (doze) meses;

h) fraudar na execução do contrato, considerada esta a prática de qualquer ato destinado a obtenção de vantagem ilícita, induzindo ou mantendo em erro a Administração Pública: 30 (trinta) meses;

i) comportar-se de maneira inidônea, considerada esta a prática de atos direcionados a prejudicar o bom andamento do certame ou do contrato, tais como: frustrar ou fraudar o caráter competitivo do procedimento licitatório, agir em conluio ou em

desconformidade com a lei, induzir deliberadamente a erro no julgamento, prestar informações falsas, apresentar documentação com informações inverídicas, ou que contenha emenda ou rasura, destinados a prejudicar a veracidade de suas informações: 30 (trinta) meses;

j) cometer fraude fiscal: 40 (quarenta) meses.

22.1.7. Declaração de inidoneidade: Caberá declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

22.2. A aplicação da sanção de suspensão e declaração de inidoneidade implica a inativação do cadastro, impossibilitando o fornecedor ou interessado de relacionar-se comercialmente com a Administração Federal, no âmbito do SISG e dos demais órgãos/entidades que, eventualmente, aderirem ao SICAF, na forma prevista no art. 34 da IN SEGES nº. 03/2018.

22.3. As sanções serão, obrigatoriamente, registradas no SICAF e, no caso de impedimento de licitar e contratar com a União, a licitante será descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas neste Termo.

22.4. A pena de multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções, facultada a defesa prévia da empresa a ser contratada no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da ciência do ocorrido.

22.5. O valor de multa poderá ser descontado da garantia e de créditos da CONTRATADA:

a) Se o valor do crédito for insuficiente, fica a contratada obrigada a recolher a importância devida no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contado da comunicação oficial da Contratada, sob pena de inscrição em dívida ativa;

b) Esgotados os meios administrativos para cobrança do valor devido pela contratada ao TRE-MT, o valor não recolhido será considerado vencido e se tornará objeto de inscrição na Dívida Ativa, para posterior execução judicial.

22.6. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao licitante/adjudicatário, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666/1993, e subsidiariamente na Lei nº 9.784/1999;

22.7. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

22.8. Do ato que aplicar a penalidade caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da intimação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão, dentro do mesmo prazo.

22.9. As sanções serão publicadas no Diário Oficial da União (DOU), exceto a multa e advertência que serão publicadas no Diário da Justiça Eletrônico do Tribunal Regional Eleitoral de Mato Grosso (DJE/TRE-MT).

23. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. As divergências médicas sobre o serviço previsto na contratação serão dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo TRE/MT e um terceiro escolhido pelos dois nomeados.

23.2. Caso não haja acordo na escolha do terceiro membro (médico), a sua designação será solicitada ao Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso.

Cuiabá, em 23 de fevereiro de 2022.

ADAZELI PEREIRA FLORES DE
OLIVEIRA
Presidente da Comissão

VALMIR NASCIMENTO MILOMEM
SANTOS
Membro

TÂNIA YOSHIDA OLIVEIRA
Membro

CYNTHIA KEYLER P. LOPES DE PAULA
Membro

OSENY VICENTE DA SILVA
Membro

NORBERTO AURÉLIO VAN HAGER
Membro

AGNALDO RODRIGUES MACIEL
Membro

MARCELA RAMALHO TEIXEIRA MUNIZ
Membro

ANEXO I – GRUPOS DE FAIXAS ETÁRIAS

Grupos de faixas etárias determinados pela Resolução Normativa N° 63 da Agência Nacional de Saúde / ANS de 22 de dezembro de 2.003.

GRUPO	FAIXAS ETÁRIAS
I	De 0 a 18 anos
II	De 19 a 23 anos
III	De 24 a 28 anos
IV	De 29 a 33 anos
V	De 34 a 38 anos
VI	De 39 a 43 anos
VII	De 44 a 48 anos
VIII	De 49 a 53 anos
IX	De 54 a 58 anos
X	59 anos ou mais

ANEXO II – ENDEREÇO DAS LOCALIDADES DE ATENDIMENTO

Sede Zona	Endereço	Fone	N vidas
SECRETARIA	AV. RUBENS DE MENDONÇA, N. 4750, BOSQUE DA SAÚDE, 78050000	65 33628000	768
001 - CUIABÁ	AV. RUBENS DE MENDONÇA, N. 4750, CASA DA DEMOCRACIA, BOSQUE DA SAÚDE, 78050000	65 33628315	2
002 – GUIRATINGA	RUA JUSTINIANO CARVALHO MORENO, 260, COHAB GARÇA BRANCA, 78760-000	66 34311621	2
003 - ROSÁRIO OESTE	RUA DR. MURTINHO, 585, CENTRO, 78470000	65 3356 1544	2
004 - POCONÉ	RUA CAMPOS SALES, N 17, CENTRO, 78175000	65 3345 2010	4
005 - NOVA MUTUM	RUA DOS FLAMBOYANTS, 220-N, CENTRO, 78450000	65 3308 3706	5
006 - CÁCERES	RUA MARECHAL DEODORO 720, CENTRO, 78200000	65 32235440	7
007 - DIAMANTINO	RUA BENEDITO MOREIRA DA SILVA - QD 02 - N. 230, CENTRO, 78400000	65 33362260	5
008 - ALTO ARAGUAIA	RUA ONILDO TAVEIRA, 143, EDIFÍCIO DO FÓRUM, SETOR RODOVIÁRIO, 78780000	6634811118	5
009 - BARRA DO GARÇAS	RUA JOSÉ NÓBREGA DA SILVA, S/N., SETOR SENA MARQUES, SENA MARQUES, 78600000	66 3401 5711	9
010 - RONDONÓPOLIS	RUA FERNANDO CORREA DA COSTA, 253, CENTRO, 78700100	66 3425 5707	14
011 - ARIPUANÃ	RUA 15 DE NOVEMBRO, 645, CIDADE ALTA, 78325000	66 3565 2601	2
012 - CAMPO VERDE	RUA JOÃO PESSOA, N. 1702, SALA 02, ED. FERRARI, CAMPO REAL, 78840000	66 3419 2862	3
013 - BARRA DO BUGRES	RUA SÃO BENEDITO, 800 A/B, CENTRO, 78390000	65 3361 1294	6
014 - JACIARA	RUA JURUCÊ, 990, CENTRO, 78820000	6634611626	4
015 - SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	AVENIDA DOM PEDRO CASALDÁLIGA, 791, VILA SANTO ANTÔNIO, 78670000	66 35221309	3
016 - VILA RICA	AV. PERIMETRAL SUL ESQUINA C/ RUA 21 DE ABRIL, N 266, SETOR SUL, 78645000	66 3554 1274	4
017 - ARENÁPOLIS	RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA, 410, VILA NOVA, 78420000	65 33431836	5
018 - MIRASSOL D'OESTE	RUA GERMANO GREVE, N 284, CENTRO, 78280000	65 32411917	4
019 - TANGARÁ DA SERRA	AV. ISMAEL JOSÉ DO NASCIMENTO, N.1961-W, JARDIM TANGARA II, 78300000	65 33265070	8
020 - VÁRZEA GRANDE	AV. COUTO MAGALHÃES, 744, CENTRO, 78110400	65 36827678	8
021 - LUCAS DO RIO VERDE	RUA PARANAPANEMA, 1818-S,, JARDIM DAS PALMEIRAS, 78455000	65 35496125	5
022 - SINOP	RUA DAS GREVILEAS, 442, SETOR COMERCIAL SUL, 78550112	66 35316791	2
023 - COLÍDER	AV. TANCREDO NEVES, NR. 471, CENTRO, CENTRO, 78500000	66 35412482	10
024 - ALTA FLORESTA	AV. LUDOVICO DA RIVA NETO, N. 3.294, CENTRO, 78580000	66 35212476	3
025 - PONTES E LACERDA	AVENIDA MINAS GERAIS, 1359, ED. ANTHONNY, SALAS 01 E 02 - CHÁCARA 2B, CENTRO, 78250000	65 3266 1628	5
026 - NOVA XAVANTINA	AV. COUTO MAGALHÃES, N. 271, CENTRO, 78690000	66 34381261	3
027 - JUARA	RUA RONDONÓPOLIS, 76W, JARDIM BOA VISTA, 78575000	6635562052	4

Sede Zona	Endereço	Fone	N vidas
028 - PORTO ALEGRE DO NORTE	RUA TOCANTINS N 775, CENTRO, 78655000	66 3569 1933	8
029 - SÃO JOSÉ DO RIO CLARO	AVENIDA SIEGFRIED BUSS N 1243, CENTRO, 78435000	33861715	2
030 - ÁGUA BOA	RUA 06, 355, CENTRO, CENTRO, 78635000	66 34681398	8
031 - CANARANA	RUA TUPARANDI, N. 64, CENTRO, 78640000	66 3478 1700	2
032 - CLAUDIA	AV. MARECHAL CANDIDO RONDON, 1715, CENTRO, 78540000	66 35323681	2
033 - PEIXOTO DE AZEVEDO	RUA PEDRO ÁLVARES CABRAL, 38 - FÓRUM, CENTRO, 78530000	66 35751022	3
034 - CHAPADA DOS GUIMARÃES	RUA TIRADENTES, 474, CENTRO, 78195000	33011493	5
035 - JUÍNA	AV. DOS JAMBOS, 1295, CENTRO, 78320000	6635662662	4
036 - SORRISO	RUA DOS CURIÓS, 1206, RECANTO DOS PÁSSAROS, 78890000	66 35451268	4
038 - SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	RUA BENJAMIN CONSTANT, 99, CENTRO, 78180000	65 33411456	3
039 - CUIABÁ	AV. HISTORIADOR RUBENS DE MENDONÇA, 4.750 - CASA DA DEMOCRACIA, BOSQUE DA SAÚDE, 78050908	6533628239	5
040 - PRIMAVERA DO LESTE	RUA SANTO AMARO, 620, CENTRO, 78850000	66 3498 2724	7
041 - ARAPUTANGA	RUA CARLOS LUZ, 306, CENTRO, 78260000	65 32611739	6
042 - SAPEZAL	AV. JAÚ, N. 1450, SALA 01 - ESQUINA AV. PIRAMBÓIA, CENTRO, 78365000	65 3383 2435	3
043 - SORRISO	RUA CANOAS 583 (AO LADO DO FÓRUM), CENTRO NORTE - 43ªZE, 78890000	66 35443555	4
044 - GUARANTÃ DO NORTE	AV. DOS JATOBÁS, 155, CENTRO, 78520000	66 3552 3350	4
045 - PEDRA PRETA	AVENIDA PRESIDENTE MÉDICI, N. 1113, TÉRREO, CENTRO, 78795-000	66 34237332	2
046 - RONDONÓPOLIS	AV FILINTO MULLER ESQ. C/ AV SÃO JOÃO, VILA OPERARIA, 78720605	66 3421 5214	14
047 - POXORÉO	RUA JACIARA, N. 01 JARDIM POXORÉO, 78800-000	6634361448	2
048 - COTRIGUAÇU	RUA INGRID EGGERTT, 214, VILA NOVA, 78330000	66 3555 1660	2
049 - VÁRZEA GRANDE	AV. GONÇALO BOTELHO DE CAMPOS, N. 2.367 - BAIRRO CRISTO REI, CRISTO REI, 78115000	65 3685 1317	8
050 - NOVA MONTE VERDE	AV. RONDONÓPOLIS, S/N, ED. COMERCIAL BOING, CENTRO, 78593000	66 35971188	9
051 - CUIABÁ	AV. HISTORIADOR RUBENS DE MENDONÇA, 4750, BOSQUE DA SAÚDE, 78050908		10
052 - SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS	AV. DR. GUILHERME PINTO CARDOSO, 1189, CENTRO, 78285000	65 32511920	2
053 - QUERÊNCIA	RUA A -4 ESQUINA RUA A-3 N. 16 SETOR A, 78643000	66 35391425	2
Sede Zona	Endereço	Fone	N vidas
055 - CUIABÁ	AV. HISTORIADOR RUBENS DE MENDONÇA, 4750, BOSQUE DA SAÚDE, 78050000	65 3362 8255	2
056 - BRASNORTE	RUA CÁCERES, 350, CENTRO, 78350000	66 3592 2429	2
057 - PARANATINGA	AV. MATO GROSSO, N 629 - CENTRO, CENTRO, 78870000	66 3573 1100	3
060 - CAMPO NOVO	AV. RIO GRANDE DO SUL, 731, FÓRUM, CENTRO,	65 3382 2572	7

DO PARECIS	78360000		
061 - COMODORO	AV. MATO GROSSO, 269E, CENTRO, 78310000	65 3283 1650	4

Observação: A distribuição das vidas por município foi efetuada de acordo com a lotação do servidor, visto que os cadastros de dependentes e agregados são efetuados com o endereço do titular.

ANEXO III – ANÁLISE DE DESEMPENHO DO CONTRATO Nº 9/2017

Unimed Cuiabá Departamento de Mercado

Empresa TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE MATO GROSSO

Dados do B.I Julho/2021

ANÁLISE FINANCEIRA - 12 MESES

Unimed

Cuiabá

DISCOVERY

Análise Gerencial(1)

Observações =

PERÍODO ANTERIOR

Seleções Atuais

Ano Movimento

Mês Movimento

Contrato Solus

ExpressõesB

2021

Jul

3388

{Qnt}1Ativos

Dash

Tabela

Meses

12

R

S

D

P

B

Taysa Oliveira - Última Coleta 02/09/2021 07:44:08 | Analisando de Ago/2020 até Jul/2021.

2018

2019

2020

2021

Jan

Fev

Mar

Abr

Mai

Jun

Jul

Ago

Set

Out

Nov

Dez

TABELA FINANCEIRA

Período	Mensalidade Assistencial	Custo Assistencial	Coparticipação Assistencial	Saldo Assistencial	Sinistralidade Assistencial	Ativos
Jul/2021	643.441,63	477.236,24	25.134,44	191.339,83	70,26%	1.042
Jun/2021	640.502,23	850.302,91	21.069,95	-188.730,73	129,47%	1.042
Mai/2021	647.913,38	693.588,69	20.392,49	-25.282,82	103,90%	1.039
Abr/2021	649.999,90	616.235,38	24.416,33	58.180,85	91,05%	1.049
Mar/2021	643.071,95	606.280,46	25.555,19	62.346,68	90,30%	1.052
Fev/2021	647.405,36	571.379,02	19.360,27	95.386,61	85,27%	1.049
Jan/2021	635.051,54	348.221,29	22.018,59	308.848,84	51,37%	1.052
Dez/2020	634.921,59	354.111,43	23.966,88	304.777,04	52,00%	1.031
Nov/2020	635.983,88	663.232,97	24.103,65	-3.145,44	100,49%	1.034
Out/2020	642.995,70	479.429,72	18.487,80	182.053,78	71,69%	1.038
Set/2020	639.197,61	558.245,50	16.680,74	97.632,85	84,73%	1.045
Ago/2020	709.802,71	1.039.104,40	15.845,05	-313.456,64	144,16%	1.042
	7.770.287,48	7.257.368,01	257.031,38	769.950,85	90,09%	

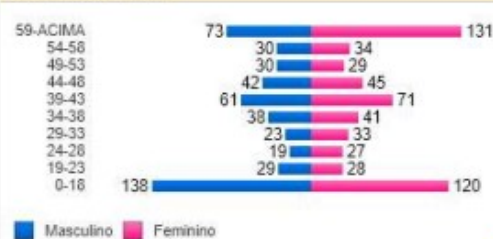
Evolução da Sinistralidade



Evolução da Movimentação



Pirâmide Etária



ANEXO IV – ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE ¹

FAIXA ETÁRIA (IDADE)	TITULARES		GRUPO FAMILIAR	
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO
0 a 18	0	0	123	140
19 a 23	0	0	26	26
24 a 28	1	2	26	19
29 a 33	7	10	26	15
34 a 38	14	20	21	14
39 a 43	38	39	29	23
44 a 48	21	29	28	12
49 a 53	20	23	10	10
54 a 58	18	18	12	11
59 ou mais	33	26	102	49
TOTAL	152	167	403	319

¹ Totalidade dos servidores atualmente cadastrados e seus respectivos dependentes

ANEXO V - COBERTURA MÍNIMA DOS PLANOS CONTRATADOS

1. Assistência médica/paramédica e de outros profissionais da área de saúde em Hospitais, Clínicas, Centros Médicos ou Consultórios em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
2. Cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, anexo à RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387 de 28 de outubro de 2015 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como de todas as suas atualizações durante o período de vigência do contrato.
3. A Contratada deve observar a RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 259 de 17 DE JUNHO DE 2011, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas alterações, quanto as garantias de atendimento (prazos, prestadores e transporte) dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, naquilo em que o Termo de Referência não discipline de maneira mais benéfica para este Tribunal, durante o período de vigência do contrato.
4. Cobertura médica - ambulatorial e hospitalar para doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, bem como de suas consequências, incluindo a realização de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia relacionados com a saúde ocupacional.
5. Internações eletivas e emergenciais incluindo:
 - a) Internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI / CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo os procedimentos obstétricos, o pagamento de diárias e de toda e qualquer taxa relativa à internação;
 - b) Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, fisioterapia e alimentação (serviços dietéticos em geral);
 - c) Cobertura de despesas de acompanhante (alimentação, roupa de cama e banho) no caso de pacientes menores de 18, idosos a partir de 60 anos e pessoas com deficiência, exceção a gastos pessoais do acompanhante e tudo o mais que não se refira especificamente à causa da internação;
 - d) Cirurgias, mesmo aquelas passíveis de realização em consultório, quando, por imperativo clínico, necessitem ser realizadas durante a internação hospitalar;
 - e) Diárias de maternidade e berçário, sem limite;
 - f) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
 - g) Fornecimento de todo material/medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e seus derivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - h) Fornecimento de materiais e aparelhos ortopédicos, próteses diversas, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, gesso, lente intraocular, implante de marca-passo provisório e definitivo.

i) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive para o internado, sem limite de qualquer espécie, em situações eletivas e/ou emergenciais, pré-anestésicas e pré-cirúrgicas.

6. Atendimento de urgência e emergência, 24 horas/dia, todos os dias da semana.

7. Remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar ou clínica de diagnóstico na rede credenciada, em todo o território nacional, incluindo UTI móvel e aérea, 24 horas/dia.

8. Prestação de serviços tipo “home-care”, em Cuiabá e Várzea Grande, desde que haja indicação por um médico assistente.

9. Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente legal, será garantido:

a) Atendimento durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

b) Inscrição como dependente legal;

c) A inscrição deverá ser feita até 30 (trinta) dias da data do nascimento.

10. Cobertura de cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional da área médica, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

11. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

12. A CONTRATADA fica obrigada a cobrir integralmente todas as despesas com a realização da assistência proposta, caso ela não tenha estes serviços credenciados.

ANEXO VI – DEFINIÇÕES DAS EXCLUSÕES DE ATENDIMENTO

1. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento à base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso “off-label”);
- b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de serviços tipo home-care: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) atendimento em hospitais, clínicas e laboratórios que utilizem tabela própria.
- k) tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

l) tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

m) transplantes, à exceção de córnea, rim e dos transplantes listados no Anexo I da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387 de 28 de outubro de 2015 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ou outra que venha a substituí-la.

ANEXO VII – PLANILHA DE FORMAÇÃO DE PREÇOS
PLANO DE SAÚDE – VALORES REFERENTES AO PLANO
APARTAMENTO CLÁUSULA 7.1.2 (A):

Faixa Etária (I)	Beneficiários (II)	Preço Unit. - R\$ (III)	Preço Total - R\$ (IV)
0 a 18	263		
19 a 23	52		
24 a 28	48		
29 a 33	58		
34 a 38	69		
39 a 43	129		
44 a 48	90		
49 a 53	63		
54 a 58	59		
59 ou mais	210		
TOTAL	1.041		
		VALOR MENSAL (V)	
		MONTANTE (A)	

Observações:

1. Para calcular o Item IV – Preço Total (R\$), multiplicar o Número de Beneficiários fixado no Item II pelo Preço Unitário (R\$) praticado no Item III;
2. O Valor Mensal (Item V) deve equivaler à soma dos Preços Totais encontrados em cada uma das 10 (dez) Faixas Etárias descritas no Item I e cujo número de beneficiários consta no item II;
3. O Montante A é igual ao Valor Mensal (Item V) multiplicado por 60 (sessenta) meses.
4. A licitante deverá destacar nominalmente qual foi o desconto linear dado no preço do produto em função da presença de coparticipação (item 14.4 do TR).
5. Para fins de apresentação da planilha de formação de preços e critério de julgamento, observar o disposto nos itens 21.3.1. e 21.3.2 – plano apartamento.
6. A licitante deverá apresentar, em apartado, os preços para o Plano Enfermaria, que não poderão ultrapassar 70% (setenta por cento) dos valores apresentados para o primeiro padrão de Plano Apartamento (item 14.5.).

ANEXO VIII –PREÇO DE PLANO OPCIONAL
PLANO DE SAÚDE – VALORES REFERENTES AO PLANO
OPCIONAL CLÁUSULA 7.1.3:

Faixa Etária (I)	Preço Unit. - R\$ (II)
0 a 18	
19 a 23	
24 a 28	
29 a 33	
34 a 38	
39 a 43	
44 a 48	
49 a 53	
54 a 58	
59 ou mais	
TOTAL	

Observações:

Os valores informados na coluna Preço Unit. – R\$ (II) são opcionais e não afetam o orçamento do montante A da tabela do ANEXO VII, pois em sua eventual implantação e oferta, sua escolha será livre e opcional por parte do beneficiário titular para ele e seu grupo familiar e a diferença de qualquer valor em relação ao plano apartamento será totalmente custeada pelo servidor.

ANEXO IX – ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO (ANS)

TIPO DE SERVIÇO: Serviços continuado de plano privado de assistência à saúde, tipo coletivo empresarial, com segmentação assistencial ambulatorial / hospitalar com obstetrícia.

FINALIDADE: Garantir a realização e a qualidade da prestação dos serviços. **META A CUMPRIR:** $\sum \text{SUB} = 0 \text{ a } 0,9$.

INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO: Subitem em desacordo e suas valorações, contidos na tabela abaixo, comprovados pelo setor responsável e informados à empresa contratada.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO: Fiscalização dos serviços pelo setor responsável.
PERIODICIDADE: Mensal.

MECANISMO DE CÁLCULO: Cada Subitem será valorado entre 0,05 e 1,00 para serem somados conforme fórmula: $X = (3,00 - \sum \text{SUB}) / 3,00$.

INÍCIO DA VIGÊNCIA: Data da assinatura do contrato; **FAIXAS DE AJUSTE DO PAGAMENTO (MENSAL):**

$0,70 \leq X \leq 1,00 \rightarrow 100\%$ do valor do contrato mensal (VCM) Se $x < 0,70 \rightarrow X * \text{VCM}$

Se, no mês apurado, a $\sum \text{SUB}$ for ≥ 3 os serviços poderão, a critério da Administração, não ser mais aceitos, configurando a inexecução do contrato.

Se, durante a vigência do contrato, houver mais de 4 ocorrências em que $X < 0,70$ os serviços poderão, a critério da Administração, não ser mais aceitos, configurando a inexecução do contrato.

TABELA DE VALORIZAÇÃO

Item	Deixar de:	Valoração
1	Garantir atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, em âmbito nacional, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, por ocorrência e por dia de atraso.	1,00
2	Garantir coberturas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e as que venham a ser incorporadas, por ocorrência.	1,00
3	Garantir cobertura de quaisquer exames e procedimentos médicos previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por ocorrência.	1,00
4	Disponibilizar serviço de remoção do paciente em casos de urgência e emergência, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar ou clínica de diagnóstico na rede credenciada, em todo o território nacional, incluindo UTI móvel e aérea, 24 horas/dia, por ocorrência.	1,00
5	Reembolsar todas as despesas realizadas em território nacional, de acordo com o Termo de Referência, por	0,50

	ocorrência.	
Item	Deixar de:	Valoração
6	Garantir a remoção do usuário internado, de acordo com a solicitação do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar na rede credenciada dentro do território nacional, por ocorrência e por dia de atraso.	0,50
7	Garantir atendimento, conforme o objeto contratado, aos eventos ocorridos e conhecidos antes do início da vigência do contrato, por ocorrência.	0,50
8	Prestar atendimento imediato no caso de emergência e de urgência, por ocorrência.	0,50
9	Possibilitar alteração de plano, nas hipóteses previstas contratualmente, por ocorrência.	0,25
11	Garantir o ingresso aos beneficiários, com ausência de carência para qualquer serviço oferecido, de forma automática, contados da vigência do contrato, inclusive aos admitidos em data posterior a esta, por ocorrência.	0,25
12	Garantir internamento domiciliar (home-care) em Cuiabá e Várzea Grande, prevista no Termo de Referência, por ocorrência	0,15
13	Cumprir determinação formal do gestor do contrato, por ocorrência e por dia de atraso.	0,15
14	Cumprir o prazo estipulado para autorizações, por ocorrência e por dia.	0,15
15	Enviar à sede da contratante, sempre que solicitado, preposto autorizado para resolver possíveis irregularidades identificadas, por ocorrência e por dia de atraso.	0,15
16	Garantir as coberturas especificadas no Termo de Referência, por ocorrência.	0,15
17	Cumprir a obrigação de enviar, semestralmente, relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por associado, por dia de atraso.	0,15
18	Disponibilizar as credenciais magnéticas aos beneficiários, de acordo com o estipulado contratualmente, por ocorrência e por dia de atraso.	0,15
19	Cumprir quaisquer dos itens deste Termo de Referência não previstos nesta tabela, por ocorrência	0,10
20	Disponibilizar Manual e/ou Guia de Rede Credenciada aos beneficiários e sempre que solicitado pela CONTRATANTE, por ocorrência.	0,05
21	Entregar mensalmente base de dados de cadastro e despesas médicas conforme requisitos de dados do ANEXO X	1,00
22	Entrega do relatório gerencial mensal conforme especificado na cláusula 10.21	0,50

ANEXO X – REQUISITO DE DADOS

O objetivo deste requisito é obter o histórico de todos os beneficiários ativos, inativos e cancelados no plano médico (titulares e dependentes) podendo ser um histórico mensal de cadastro de beneficiários ativos ou **com data de início e cancelamento**.

O arquivo poderá ser entregue em formato texto “.txt” (delimitado), preferencialmente ou ainda em arquivo com extensão xlsx ou csv.

Também será exigido um dicionário de dados auxiliares quanto necessário para interpretação correta dos campos e descrição do layout para uma correta construção de ETL (extração, transformação, carregamento) do banco de dados.

A determinação dos nomes dos campos listados abaixo não é obrigatória, bem como, não há necessidade de uma regra fixa de delimitação. Estes dados foram pensados considerando as informações que, obrigatoriamente, as operadoras têm em função de normativas da ANS.

Tabela1 – layout de cadastro

CADASTRO	
Período: Cadastro vigente	
CAMPO	
Subcontrato (código de qualquer subdivisão existente)	
Nome do subcontrato identificado no item anterior	
Código de identificação do beneficiário	chave única
Nome do beneficiário	dispensado
Sexo	
Data de nascimento	
Titularidade (titular / dependente / agregado)	
Grau de parentesco	
Status do titular (ativo / aposentado / demitido / afastado / liminar judicial)	
Cargo do titular	
Código do plano	
Nome do plano	
Data de admissão do titular	
Data de desligamento do titular	
Data de início do beneficiário no plano médico	
Data final do beneficiário no plano médico	
Código do grupo familiar	
CPF	dispensado

Tabela2 – layout de sinistro

SINISTRO	
Período: 24 meses	
CAMPO	
Código de identificação do beneficiário (idêntica à chave do cadastro)	chave única
Data de atendimento	
Data de internação do beneficiário	
Data da alta de internação do beneficiário	
Data de pagamento da conta médica	
Código da conta médica	
Senha da conta médica (se aplicável)	
CID (se aplicável)	dispensado se impeditivo
Regime de atendimento (ambulatorial ou internado)	
Tipo da internação (clínica / cirúrgica / UTI)	
Tipo da rede (credenciada / própria / reembolso)	
Código de identificação do prestador	
Nome do prestador	
Código do procedimento	
Descrição do procedimento utilizada pela operadora	se disponível
Classificação dos procedimentos (consultas / exames / internação / etc)	se disponível
Especialidade da consulta médica	se disponível
Quantidade de utilização dos eventos	
Valor pago	