



ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

Especificações para a 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 desse Edital e seus Anexos.

1. OBJETO

1.1. Contratação de pessoa jurídica, com registro ativo e regular junto a ANS – Agência Nacional de Saúde, para a prestação de serviços continuados 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 a legislação - Lei 9.656, de 03/06/1998 e alterações posteriores, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, e demais resoluções normativas expedidas pela agência nacional de saúde complementar – ANS, em especial a RN Nº 465/2021, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde e condições e exigências desse edital e seus anexos, para atender os servidores da Fundação Casa da Cultura de Marabá, bem como, a seus dependentes.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. Os profissionais nomeados para realizar os trabalhos de pesquisas se encontram adstritos ao cumprimento do objeto do contrato mantido entre a Fundação Casa da Cultura e a empresa VALE. Estes profissionais, obrigatoriamente, precisam adentrar em áreas de exploração, que em sua maioria são acidentadas, com trânsito natural de animais peçonhentos, morcegos, dentre outros, além de ficarem expostos às inúmeras condições de fadiga.

2.2 Assim, com a intenção de atender às exigências da tomadora dos serviços (VALE) da Fundação Casa da Cultura de Marabá ao qual exige que todos os integrantes do quadro de pessoal vinculado aos contratados pactuados com a referida empresa, devem possuir plano de saúde para eles e seus dependentes com cobertura para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com inclusão de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, o que justifica-se a precisão de contratar empresa especializada com o fim de prestar Assistência Complementar em Saúde, cujo objetivo é de proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde desses profissionais.

3. PRAZO PARA EXECUÇÃO

3.1. A contratação almejada poderá estender-se por mais de um exercício financeiro, caracterizando-se como serviço continuado. O não fornecimento do benefício da assistência à saúde ocasionara descumprimento das obrigações legais da CONTRATANTE.

4. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas com o pagamento do objeto serão oriundas das Ordens de Serviços pactuadas entre Fundação Casa da Cultura e VALE, com uso da seguinte dotação.

13 391 0011 2.118 - Manutenção dos Programas de Pesquisa;
3.3.90.39.00 – Outros Serv. De Terc. Pessoa Jurídica

5. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

5.1. O critério de julgamento das propostas será o de MENOR PREÇO POR LOTE, considerando o prazo de vigência do contrato.

6. CARÊNCIA

6.1. Para adesão ao Plano/ Seguro 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 Plano 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.



EVENTOS	CARÊNCIA
Atendimentos em Pronto-Socorro - Decorrentes de Urgência e Emergência, Acidente de Trabalho.	24 horas
Consultas eletivas, psiquiátricas, obstétricas e Acidente de Trabalho.	30 dias
Procedimentos Básicos (Exames de laboratórios, exame anatomopatológicos e Citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, Eletrocardiograma).	30 dias
Procedimentos Especiais (Exames de imagem de alta complexidade (ressonâncias magnética), Tomografia computadorizada, densitometria óssea, endoscopia. Digestiva alta/ colonoscopia, eletromiografia, medicina nuclear).	180 dias
Tratamento Psicoterápico de Crise	180 dias
Tratamentos Cirúrgicos Ambulatoriais	180 dias
Internações Clínicas, Cirúrgicas e Psiquiátricas.	180 dias
Internações Obstétricas e Assistência ao Parto.	300 dias
Cirurgia, Internação e Tratamento de Doenças e Lesões Pré-existentes.	720 dias

7. ABRANGÊNCIA

7.1. A Assistência médico-hospitalar destinará aos servidores vinculados aos termos de parcerias pactuados entre a empresa VALE e seus dependentes, para atendimento em todo o Território Nacional e Regional.

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, independentemente 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
- 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 auto infligidas.
- 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.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





- 8.3.2. Cobertura de início 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 – Custeio integral de pelos menos 30 (trinta) dias de internações, por ano de contrato, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
- 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.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





- 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:
- I) 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;
 - II) 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;
 - III) 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:
- I) Hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
 - II) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme disposições deste contrato;
 - III) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - IV) Hemoterapia;
 - V) Nutrição parenteral ou enteral;
 - VI) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - VII) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





- VIII) Radiologia intervencionista;
 - IX) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - X) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e;
 - XI) 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:
- I) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - II) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - III) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - IV) 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 o critério do médico-assistente do Segurado a sua indicação.
- 8.4.23. Cobertura de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os seguintes diagnósticos: F00 a F09; F20 a F29; F70 a F79 e F90 a F98;
- 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, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.
- 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 – Remoção por via terrestre 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 – Remoção por via aérea Inter-Hospitalar dentro da abrangência e em caráter emergencial ao Plano de Saúde contratado, ou seja, transporte aeromédico, devidamente equipados, homologados pelo Departamento de Viação Civil –DAC, órgão regulador da atividade do Comando da Aeronáutica, obedecida às normas éticas e legais que regem o serviço, e de acordo com a prescrição de médico cooperado/assistente da Contratada.
- 8.7.3 – A remoção estará coberta após atendimentos de urgência e emergência, conforme condições descritas na cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência.



DE MARABÁ

9. COBERTURAS EXCLUÍDAS

9.1 – 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.

9.2. 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.

9.3. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

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

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

9.6. Tratamentos clínicos, cirúrgicos com finalidade estética.

9.7. 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.

9.8. 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.

9.9 – 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.

9.10 – Vacinas e autovacinas.

9.11 – Inseminação artificial.

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

9.13. 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.

9.14. 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.

9.15. 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.

9.16. 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.

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

9.18. 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.

9.19. 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.

9.20. 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 e a Tabela da Contratada, 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. 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:

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





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

- I) 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;
- II) 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;
- III) 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;
- IV) 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;
- V) 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 determina que o valor do reembolso não seja inferior ao praticado na rede referenciada, e a data de reajuste da USR 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.

10.10.11. 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.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





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:

- I) Cópia do cartão de identificação, para os casos de solicitação de reembolso enviados pelo próprio beneficiário;
- II) 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 servidores integrantes do quadro de pessoal da CONTRATANTE, vinculados aos contratos pactuados com a VALE.

11.2. Dependentes Legais

11.2.1. Cônjuge ou companheira(o) e se união estável, declaração emitida de próprio punho pelo empregado, atestando a união estável, 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 até o limite de 30 anos.

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

11.2.5. Empregados que vivam em união estável homoafetiva ou estejam casados nesta condição de homoafetividade.

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

11.4. 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 assumam integralmente o respectivo custeio.

11.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





12. HABILITAÇÃO

12.1. A habilitação do beneficiário previsto neste Termo de Referência correrá:

- 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).

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.
- 13.13. 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 10.10, bem como os prazos de pagamento e do envio da documentação.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba



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, a nível Regional e Nacional.

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:

LOTE 01			VALORES ESTIMADOS	
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Contratação de pessoa jurídica, com registro ativo e regular junto a ANS – Agência Nacional de Saúde, para a prestação de serviços continuados 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 a legislação - Lei 9.656, de 03/06/1998 e alterações posteriores, 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 465/2021, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde e condições e exigências desse edital e seus anexos, para atender os servidores da Fundação Casa da Cultura de Marabá, bem como, a seus dependentes.	12	54.086,91	649.042,92
<u>ÁREA DE ABRANGÊNCIA: REGIONAL</u>				
<u>Padrão de acomodação em Internação: Enfermaria</u>				
FAIXAS ETÁRIAS			PREÇO (R\$)	
2	1ª	de 00 a 18 anos	R\$ 232,48	
	2ª	de 19 a 23 anos	278,91	
	3ª	de 24 a 28 anos	336,68	
	4ª	de 29 a 33 anos	387,88	
	5ª	de 34 a 38 anos	432,35	
	6ª	de 39 a 43 anos	479,88	
	7ª	de 44 a 48 anos	578,78	
	8ª	de 49 a 53 anos	697,49	
	9ª	de 54 a 58 anos	859,60	
	10ª	de 59 anos ou mais	1.030,34	
<u>ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL</u>				
<u>Padrão de acomodação em Internação: Enfermaria</u>				
FAIXAS ETÁRIAS			PREÇO (R\$)	
	1ª	de 00 a 18 anos	258,82	
	2ª	de 19 a 23 anos	297,65	
	3ª	de 24 a 28 anos	341,64	
	4ª	de 29 a 33 anos	393,38	
	5ª	de 34 a 38 anos	452,92	
	6ª	de 39 a 43 anos	525,38	
	7ª	de 44 a 48 anos	634,08	
	8ª	de 49 a 53 anos	825,57	

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba



9ª	de 54 a 58 anos	1.115,43
10ª	de 59 anos ou mais	1.550,23

16. DA FORMAÇÃO DOS PREÇOS E MENSALIDADES

- 16.1 – O valor estimado para realização dos serviços contratados por mês será de **R\$ 54.086,91** (vinte e cinco mil reais), perfazendo o valor estimado para **12 (doze) meses de R\$ 649.042,92 e para 60 (sessenta) meses de R\$ 3.245.214,60 (três milhões duzentos e quarenta e cinco mil duzentos e quatorze reais e sessenta centavos).**
- 16.2. Quaisquer vantagens oferecidas pelas licitantes serão aceitas, desde que a licitante tenha apresentado o menor preço.

17. REAJUSTAMENTO

17.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para as novas adesões, serão reajustadas anualmente, conforme item 15.1. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 04 (quatro) meses em relação à data base de aniversário, considera esta o mês de assinatura do contrato.

17.2 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-actuarial do contrato, este será reavaliado.

a) O equilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do contrato ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

b) Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$\text{Onde: } R = \frac{S}{S_m} - 1 * 100$$

Em que:

S = Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses)

S_m = Meta de Sinistralidade expressa em contrato

c) Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação de reajuste por sinistralidade, previsto no item “b”, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item “a” e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

18. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 18.1. Cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656, de 1988, e demais disposições regulamentares pertinentes à assistência à saúde, assim como o atendimento aos beneficiários, quando solicitado.
- 18.2. 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 trinta dias contados da apresentação dos documentos, em via original.
- 18.3. O reembolso será calculado conforme tabela da CONTRATADA.
- 18.4. 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/seguro de saúde.
- 18.5. 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).
- 18.6. Emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:
- I) Despesa per capita por faixa etária e sexo;
 - II) Percentual de sinistralidade;
- 18.6.3 – Indicadores sobre a utilização constando:
- I) Consulta por beneficiário, por ano; e
 - II) Valor médio da consulta.
- 18.6.4– Diagnose compreendendo:
- I) Exames por beneficiários, por ano.
- 18.7. 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, independentemente 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.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba





- 18.8. 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.
- 18.9. 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
- 18.10. 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.
- 18.11. 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.
- 18.12. Comunicar imediatamente à CONTRATANTE, qualquer alteração em sua situação tributária, trabalhista ou previdenciária, bem como alterações de endereço, especialidade, CNP e responsáveis técnicos.
- 18.13. 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.
- 18.14. 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.
- 18.15. Não discriminar os beneficiários do CONTRATANTE em razão do vínculo com esta, idade, patologia ou qualquer outra fora de discriminação.
- 18.16. 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.
- 18.17. 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.
- 18.18. 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
- 18.19. 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.
- 18.20. Apresentar mensalmente junto da Nota Fiscal/Fatura as certidões de regularidades fiscais e trabalhistas.
- 18.21. Designar representante no intuito de prestar esclarecimentos e atender as reclamações dos beneficiários, que porventura venham a surgir durante à vigência do contrato.
- 18.22. Nomear preposto, para, durante o período de vigência contratual, representa-lo na execução do contrato.
- 18.23. 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.

19. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 19.1. 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.
- 19.2. 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.



- 19.3. 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.
- 19.4. Informar a inclusão de qualquer novo beneficiário que tenha vínculo com a CONTRATANTE, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº 557 – ANS, bem como seus dependentes, até 30 (trinta) dias após sua admissão.
- 19.5. As exclusões de beneficiários do plano de saúde serão, tempestivamente, comunicadas à CONTRATADA.
- 19.6. 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.
- 19.7. 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.
- 19.8. Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços executados em desacordo com as respectivas especificações contratadas.
- 19.9. Efetuar os pagamentos nas condições pactuadas, dos serviços efetivamente realizados.
- 19.10. 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.

20. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

20.1. 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 CBDE.

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 CBDE. 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 CBDE pelo prazo de até 03 (três) 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. Os casos de inadimplemento e demais casos omissos neste Termo de Referência, garantida a prévia defesa, estão sujeitos às sanções previstas na legislação aplicável vigente.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @asadaculturademaraba





22. LOCAL PARA ENTREGA

22.1. Os cartões de utilização do Plano de Assistência Médica e Hospitalar, os livros da rede credenciada e as notas fiscais deverão ser entregues na SEDE da FCCM, no seguinte endereço: **Folha 31, Quadra Especial Lote 01 – Bairro Nova Marabá. CEP 68508-970 – Marabá/PA, no horário das 9:00 hs às 14:00hs.**

23. QUALIFICAÇÕES TÉCNICA

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

23.2. 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.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

24.2. 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, no endereço eletrônico licitacoes@casadaculturademaraba.org.

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

24.4. Na hipótese de existência de contradições entre o Termo de Referência, Edital, prevalecerá o disposto neste Termo de Referência, inclusive, quanto a todos os seus efeitos

24.5. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão transferida, mediante comunicação do Presidente da CICA.

25- SERVIDOR RESPONSÁVEL

25 Fica designada a Sr.^a Aline Senna Asenath Neves Silva, brasileira, funcionária pública municipal, Coordenadora II, lotada na Fundação Casa da Cultura de Marabá (Pará), para representar a Administração Pública Municipal e acompanhar a execução da supracitada contratação.

Fone: (94) 3322-2315

Folha 31, Quadra especial, Lote 01 – Nova Marabá

Caixa Postal 172 - CEP 68.507-670 – Marabá – PA

E-mail: atendimento@casadaculturademaraba.org

CNPJ: 22.936.439/0001-63

  @casadaculturademaraba

