

## PROJETO BÁSICO

Processo nº: 6.284/2019

### 1. JUSTIFICATIVA

Considerando a solicitação de rescisão de contrato do plano vigente celebrado entre o Corecon-DF e a empresa Amil Assistência Médica Ltda., para prestação de serviços de assistência médica e hospitalar através de Plano de Saúde aos empregados do Conselho Regional de Economia da 11ª Região - DF bem como aos seus respectivos dependentes e agregados; justifica-se a realização do presente certame licitatório na modalidade Convite, com o objetivo de contratação de empresa especializada nos serviços objeto deste Projeto Básico.

#### 1.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O procedimento licitatório obedecerá integralmente às disposições contidas nos seguintes diplomas legais:

- Atos normativos da Agência Nacional de Saúde – ANS;
- Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, subsidiariamente;
- Condições e exigências estabelecidas no Edital e seus anexos.

### 2. OBJETO

Contratação de Operadora de Planos ou Seguros Privados de Assistência à Saúde Suplementar, para a prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, métodos complementares de diagnósticos, tratamentos e serviços auxiliares; caracterizado como Plano ou Seguro Saúde Coletivo, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstétrico, aos empregados do Corecon-DF, e respectivos dependentes e agregados, conforme especificações estabelecidas neste Projeto Básico.

### 3. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

#### 3.1 ITENS DA LICITAÇÃO:

Item 1 – Plano de Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica, por faixa etária

#### 3.2 DAS CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

**3.2.1 – Regime/Tipo de Contratação:** Plano de Saúde Suplementar coletivo por adesão, custeado integralmente pelo Conselho Regional de Economia da 11ª Região – DF.

**3.2.2 – Cobertura Geográfica:** Atendimento em todo território nacional.

**3.2.3 – Opção:** Plano de Saúde Referencial/Básico: Atendimento Ambulatorial e Hospitalar – quarto privativo, com direito a acompanhante.

#### 3.2.4 – Rede Credenciada (Estabelecimentos Conveniados):

a) Atendimento em, no mínimo, 5 (cinco) hospitais/clínicas particulares no Distrito Federal.

b) Atendimento em, no mínimo, 1 (um) hospital/clínica particular, em 2 (dois) municípios, inclusive as capitais, de todos os estados brasileiros.

c) A rede credenciada, a que e refere as alíneas “a” e “b”, deverá ter:

- I. No mínimo, 01 (um) Hospital capacitado ao atendimento de grandes emergências,
- II. No mínimo, 01 (uma) UTI de adulto;
  - I. No mínimo, 01 (uma) UTI infantil;
- III. No mínimo, 01 (um) hospital psiquiátrico/clínica psiquiátrica com internação;

- IV. No mínimo, 01 (uma) maternidade com UTI neonatal;
- V. No mínimo, 01 (um) hospital com equipe de hemodinâmica de 24 horas;

- d) Relação nominal de, no mínimo, 1000 Médicos credenciados e ativos no Distrito Federal (Relação nos documentos de Habilitação);
- e) Relação nominal de no mínimo 100 (cem) Hospitais Gerais, Clínicas e estabelecimentos credenciados ou próprios, que tenham abrangência da totalidade das especialidades oferecidas por cada estabelecimento, fora do Distrito Federal, com os respectivos endereços; (Relação nos documentos de habilitação)

§ 1º O atendimento da rede mínima acima definida será verificado pelo setor de compras e licitações deste Conselho, através da análise dos documentos encaminhados pelas empresas participantes do pregão.

§ 2º Na hipótese da licitante deixar de atender a rede mínima em até 02(dois) municípios, em cada Estado, inclusive nas capitais, conforme mencionado na alínea b, deverá realizar o credenciamento destes municípios, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à assinatura do contrato.

**3.2.5 Segmentação Assistencial:** Plano de Assistência Médica, incluindo assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, em caráter eletivo e emergencial.

**3.2.6 Cobertura Assistencial/Procedimentos:** Considera-se o mínimo, não exaustivo e conforme Rol de Procedimentos da Lei nº 9.656, de 03/jun/98, bem como nos termos dos Atos Normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde – ANS, quais sejam a Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01, e Resolução RN nº 9, de 26/jun/02, considerando sempre suas alterações, com destaque aos descritos no item 3.4 deste Projeto Básico.

**3.2.7 – Beneficiários:**

- a) Considerados por faixa etária no item 1 e por pessoa (*per capita*) no item 2.
- b) Quantidade: aproximadamente 14 (quatorze) pessoas, sujeita a alterações no decorrer do contrato, conforme contratações e exonerações do órgão.

<b>ABRIL 2019</b>			
<b>Titulares</b>		<b>Dependentes</b>	
<b>IDADE (anos)</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>IDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
0 A 18	<b>0</b>	0 a 18	3
19 A 23	<b>0</b>	19 a 23	1
24 A 28	<b>1</b>	24 a 28	0
29 A 33	<b>3</b>	29 a 33	0
34 A 38	<b>1</b>	34 a 38	1
39 A 43	<b>1</b>	39 a 43	1
44 A 48	<b>2</b>	44 a 48	0
49 A 53	<b>0</b>	49 a 53	0
54 A 58	<b>0</b>	54 a 58	0
ACIMA 58	<b>0</b>	Acima de 58	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

### 3.3 BENEFICIÁRIOS

3.3.1 - São **beneficiários** dos serviços objeto da presente contratação:

- a) o titular;
- b) o dependente do titular;

3.3.2 - Entende-se como **titular**:

- a) o servidor ativo.

3.3.3 - Entende-se como **dependente** do titular:

- a) cônjuge ou companheiro(a) que comprove união estável;
- b) filhos, naturais ou adotivos, e os enteados até 21 (vinte e um) anos;
- c) filhos, naturais ou adotivos, e os enteados, inválidos, enquanto durar a invalidez, que deve ser comprovada por laudo médico;
- d) menores sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos.

### 3.4 SERVIÇOS COBERTOS

**Item 1 - Plano de Assistência Médica Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica:**

<b>A) ESPECIALIDADES MÉDICAS</b>
----------------------------------

Todas as especialidades médicas previstas na Lei nº 9.656, de 03/jun/98 e suas alterações, bem como na Resolução RDC nº 81, de 10/ago/01 e suas alterações (rol não exaustivo), sem limite de utilização ou de valor, com destaque:

1. Acupuntura (limitado a 30 sessões por beneficiário, por ano de vigência contrato individual);
2. Alergologia;
3. Anestesiologia;
4. Angiologia;
5. Cardiologia;
6. Cardiologia pediátrica;
7. Cirurgia cardiovascular;
8. Cirurgia de cabeça e pescoço;
9. Cirurgia de mama;
10. Cirurgia de mão;
11. Cirurgia gastroenterológica;
12. Cirurgia geral;
13. Cirurgia pediátrica;
14. Cirurgia intra-ocular;
15. Cirurgia plástica reparadora (inclusive não decorrente de acidente pessoal);
16. Cirurgia torácica;
17. Cirurgia vascular;
18. Clínica médica;
19. Dermatologia clínica e cirúrgica;
20. Endocrinologia clínica e cirúrgica;
21. Fisiatria;
22. Gastroenterologia;
23. Geriatria;
24. Ginecologia;
25. Hematologia;
26. Hepatologia;
27. Homeopatia;
28. Mastologia;
29. Nefrologia;
30. Neonatologia;
31. Neurocirurgia;

32. Neurocirurgia pediátrica;
33. Neurologia;
34. Obstetrícia;
35. Oftalmologia;
36. Oncologia;
37. Ortopedia;
38. Otorrinolaringologia;
39. Pediatria;
40. Pneumologia;
41. Proctologia;
42. Psiquiatria;
43. Reumatologia;
44. Traumato-ortopedia clínica e cirúrgica;
45. Urologia;
46. Qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica. Todas aquelas relacionadas na Tabela de Especialidades Médicas da AMB atualizada e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução ou Ato normativo vigente.

## **B) EXAMES COMPLEMENTARES**

Todos os exames previstos em lei, necessários ao diagnóstico e ao tratamento, sem limite de utilização ou de valor, destacando-se:

1. Análises Clínicas;
2. Anatomia Patológica;
3. Angiografia Arterial, Venosa e Linfática;
4. Angiografia Digital;
5. Angioplastia;
6. Arteriografia;
7. Audiometria;
8. Bioimpedanciometria, "Tilt Tests" e seus Derivados;
9. Biópsia;
10. Broncoesofagoscopia;
11. Broncoscopia;
12. Cardiotocografia;
13. Cateterismo;
14. Cicloergometria;
15. Cineangiocoronariografia;
16. Cintilografia;
17. Citopatologia;
18. Colposcopia;
19. Coronariografia;
20. Cromatografia para Doenças Genéticas;
21. Densitometria Óssea;
22. Dosagens de Substâncias Relacionadas a Erros Inatos do Metabolismo;
23. Ecocardiografia;
24. Eletrocardiografia Dinâmica (Holter de 12 e 24 horas);
25. Eletrococleografia;
26. Eletrodiagnóstico;
27. Eletroencefalografia (de Rotina, em Vigília, em Sono e Vigília e Mapeamento Cerebral);
28. Eletromiografia;
29. Eletroneuromiografia;
30. Endoscopia Diagnóstica, Cirúrgica e Terapêutica (Digestiva, Ginecológica, Peroral, Respiratória, Ortopédica e Urológica), inclusive com utilização de Vídeo;
31. Ensaio Enzimáticos;
32. Ergometria;
33. Exames Citológicos e Colposcópicos;

34. Exames Oftalmológicos;
35. Exames Otorrinolaringológicos;
36. Fluoresceinografia
37. Fonocardiografia
38. Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia e cateterismo Cardíaco)
39. Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica
40. Mamografia de Alta Resolução;
41. Medicina Nuclear, Radioisoterapia e Cinetografia
42. Neuroradiografia
43. Patologia Clínica e Cirúrgica (inclusive Neuromotora, Respiratória, Osteomioarticulares, Cardiovasculares, Dermatológicas e Patologias Diversas):
44. Peniscopia;
45. Potencial Evocado (Auditivo, Visual e Somato-Sensitivo);
46. Prova de Função Pulmonar Completa
47. Radiologia Geral;
48. Radiologia Intervencionista
49. Ressonância Magnética
50. Ressonância Magnética Funcional
51. Teste Alérgico
52. Teste Ergométrico
53. Teste Oftalmológico
54. Teste Otorrinolaringológico
55. Tomografia Computadorizada:
56. Triagem para Eros Inatos de Metabolismo na Urina;
57. Ultrassonografia;
58. Urodinâmica;
59. Vídeo Histeroscopia;
60. Vídeo Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica;
61. Vídeo Laringoscopia;
62. Videolaringoestroboscopia;
63. Vulvoscopia;
64. Xeroradiografia;
65. Todos os demais exames relacionados na Tabela de Exames da AMB atualizada, cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e as constantes do Rol de Procedimentos e Eventos, anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.

### **C) PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS AUXILIARES**

Todos os procedimentos e os serviços auxiliares a seguir, sem limite de utilização ou de valor, ressalvadas as limitações aqui consignadas:

I) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros, bem como risco de danos morais e patrimoniais importantes;

II) Psicoterapia de crise, que corresponde ao atendimento, por profissionais da área de saúde mental, com início logo após o atendimento de emergência, com comprovação por relatório médico, com duração máxima de 12 (doze) semanas e limitada a 12 (doze) sessões por ano de vigência do contrato;

III) Serviços de apoio diagnóstico, prestados por médico psiquiatra, tratamento e demais procedimentos solicitados pelo médico assistente;

IV) Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, em casos de transtornos psiquiátricos em situações de crise;

V) Internação, em hospital geral, para beneficiários portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação.

1. Acompanhamento Clínico no Pós-Operatório Imediato ou Tardio dos beneficiários submetidos a Transplante de Rim e Córnea (exceto medicação de manutenção);
2. Angioplastia, Revascularização e Revascularização do Miocárdio;
3. Artroscopia;
4. Atendimento psiquiátrico;
5. Betaterapia;
6. Cauterização;

7. Citoplastia;
8. Colonscopia;
9. Cobaltoterapia;
10. Colocação de Gesso ou Similares;
11. Colocação de Sínteses;
12. Criocauterização;
13. Diálise;
14. Eletrofisiologia Cardíaca;
15. Embolizações;
16. Escleroterapia ou Tratamento Esclerosante (limitado a 24 (vinte e quatro) aplicações por beneficiário por ano de vigência do contrato individual);
17. Exames Pré-estésicos ou Pré-cirúrgicos;
18. Fisioterapia (limitado a 60 (sessenta) sessões por beneficiário por ano de vigência do contrato individual, salvo quando solicitado e justificado pelo médico assistente, em razão da gravidade e/ou complexidade do caso);
19. Fisioterapia Respiratória;
20. Gasoterapia;
21. Hemodiálise;
22. Hemodinâmica (Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos);
23. Hemoterapia;
24. Hipertermia prostática;
25. Histocitopatologia;
26. Inaloterapia;
27. Internação, inclusive em UTI ou similar;
28. Laparoscopia Terapêutica;
29. Laserterapia;
30. Litotripsias;
31. Neurofisiologia;
32. Nutrição Paraenteral e Enteral;
33. Oxigenoterapia Hiperbárica (Não Estética);
34. Próteses, Órteses e seus Acessórios (somente ligados ao ato cirúrgico);
35. Quimioterapia;
36. Quimioterapia Anti-Neoplásica;
37. Radiologia Intervencionista;
38. Radioterapia (inclusive Radiomoldagem, Radioimplante e Braquiterapia);
39. Reabilitação Cardiológica e Neurológica;
40. Remoção;
41. Transfusão de Sangue ou Aplicação de Plasma;
42. Transplante de rim e córnea;
43. Tratamento da obesidade mórbida em ambiente hospitalar;
44. Todos os demais procedimentos e serviços auxiliares cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos anexo à Resolução nº 10 do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando sempre a Resolução vigente.

### **3.5 ABRANGÊNCIA DO PLANO**

A contratação cobre o atendimento, pela CONTRATADA, das despesas dos eventos que se seguem:

- a) Consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal, em número ilimitado e sem limite de valor;
- b) Internação hospitalar, compreendendo hospitais, centros médicos, casas de saúde e em clínicas básicas e especializadas, sem limite de prazo, valor ou quantidade, em quarto particular para o beneficiário;
- c) Internação em UTI ou similar, sem limite de prazo, valor ou quantidade;
- d) Cirurgias, em número ilimitado e sem limite de valor;
- e) Exames médicos, em número ilimitado e sem limite de valor;
- f) Serviços de diagnóstico, de tratamento e procedimentos clínicos e cirúrgicos, em número ilimitado e sem limite de valor, ressalvadas as limitações consignadas.
- g) Doenças crônicas;
- h) Doenças e lesões pré-existentes;
- i) Doenças congênitas;
- j) Doenças infecto-contagiosas e endêmicas de notificação compulsória, inclusive AIDS;

- l) Doenças de Senilidade, constantes da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), considerando sempre o ato normativo vigente.
- m) Material de osteossíntese (placas, pinos, parafusos, hastes, pregos, telas cirúrgicas, etc.), sem limite de quantidade ou de valor;
- n) Acidentes de Trabalho;
- o) Atendimento de Urgência e Emergência;
- p) Remoção do beneficiário, em ambulância, inclusive com UTI móvel, própria ou contratada, obrigatoriamente acompanhada de médico assistente, no percurso "hospital-hospital", "residência-hospital", "hospital-residência" e "local de acidente-hospital", para atendimento de urgência e emergência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor;
- q) Assistência médica e hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou à data oficial da adoção;

§ 1º - A CONTRATADA se obriga a cobrir, desde o momento da internação até a alta hospitalar, as seguintes despesas:

- a) Diárias decorrentes da internação hospitalar, inclusive em UTI ou similar, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória;
- b) Despesas com o uso de Centro Cirúrgico, de UTI ou similar, de UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, incluindo todo o material utilizado;
- c) Diárias de maternidade e berçário;
- d) Alimentação;
- e) Serviços de Nutrição e Dietéticos;
- f) Serviços gerais de Enfermagem;
- g) Serviços de diagnóstico e de tratamento;
- h) Honorários Profissionais dos Médicos Assistentes relativos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos;
- i) Taxa de internação, de sala de cirurgia, de sala de parto, de sala de gesso e de outras necessárias, incluindo os materiais utilizados (inclusive os descartáveis), inclusive material de Osteossíntese (entre outros: placas, fios, hastes, pregos, parafusos, etc.), enxertos vasculares e telas cirúrgicas;
- j) Hemodiálise e Diálise;
- l) Sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme solicitação médica;
- m) Exames específicos e complementares para a elucidação diagnóstica e indispensáveis para o controle da evolução da doença que motivou a internação, bem como as decorrentes da internação, e para o seu tratamento, até a alta hospitalar;
- n) Medicamentos em geral, anestésicos, gases medicinais, transfusão de sangue e de seus derivados e/ou complementares, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, e outros procedimentos e serviços previstos neste Anexo que se fizerem necessários durante o período da internação;
- o) Toda e qualquer taxa e todo material logístico utilizado (aparelhos, artigos utilizados, etc.), assim como as despesas decorrentes da remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, por via terrestre;
- p) Diárias de acomodação de acompanhante, se for o caso;
- q) Casos pertinentes à clínica médica de urgência e emergência, quando solicitados e justificados pelo médico assistente.

§ 2º - A CONTRATADA se obriga a permitir e a fornecer a acomodação para 01 (hum) acompanhante nos casos de internação de beneficiários menores de até 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, para o plano previsto no contrato e a cobrir as diárias do acompanhante.

§ 3º - A CONTRATADA se obriga a cobrir as despesas hospitalares com internação do beneficiário em hospital, centro médico, casa de saúde, ou em clínica básica ou especializada, próprios ou credenciados/referenciados, também quando solicitada por médico não credenciado, de acordo com os limites e condições estabelecidos no Contrato, neste Anexo 1 e no plano do beneficiário. Neste caso, os honorários profissionais do médico assistente serão tratados e pagos diretamente pelo beneficiário, que deverá ser ressarcido da respectiva despesa, nas hipóteses e nos termos previstos na Cláusula Terceira do contrato.

§ 4º - Os serviços deverão ser cobertos pela CONTRATADA em todo o Território Nacional.

§ 5º - A CONTRATADA se obriga a cobrir as despesas médicas e hospitalares, de exames complementares, de procedimentos e demais serviços aqui previstos, desde que os profissionais da área médica e demais prestadores de serviços façam parte da rede própria ou por ela credenciada/referenciada, conforme relação específica do plano/seguro escolhido pelo beneficiário, bem como se obriga a reembolsar as referidas despesas nos casos previstos na Cláusula Terceira, dentro dos limites ali estabelecidos.

### 3.6 DOS SERVIÇOS EXCLUÍDOS

Não estão cobertos pelo contrato que resultar da presente licitação os serviços descritos na Lei 9.656/98 ou normativo pertinente, a saber:

- a) Cirurgias consideradas anti-éticas, inclusive interrupção de gestação; tratamento e/ou cirurgias para fertilização e esterilização;
- b) Despesas extraordinárias de internação entre outras: refrigerantes, lavagem de roupas pessoais, aluguel de aparelho de televisão e tudo o mais que não se refira especificamente à causa da internação;
- c) Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança de sexo.
- d) Doenças e acidentes provocados por ato ou operação de guerra, atos da natureza, envenenamento ou exposição à radioatividade e radiação de qualquer natureza, de caráter coletivo; Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.; Atos ilícitos, interrupção provocada da gravidez, tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e alterações do corpo; Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgicos, próteses ou órteses utilizadas para fins estéticos;
- e) Enfermagem particular e assistência médica ou odontológica domiciliar;
- f) Rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências e tratamentos em clínicas de emagrecimento, exceto para o tratamento da obesidade mórbida;
- g) Tratamentos experimentais clínicos ou cirúrgicos;
- h) Medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental competente;
- i) Cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica;
- j) Tratamento relacionado com métodos de infertilidade, através das diversas modalidades de inseminação artificial;

### 4. PROPOSTA

4.1 A proposta de preços deverá conter, no mínimo:

- a) O preço unitário e total, por item, para pagamento mensal para uso do serviço, conforme as faixas etárias dos beneficiários no item 1, e por pessoa (*per capita*) no item 2.

### 5. DA ACEITAÇÃO E INÍCIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 A aceitação do objeto deste convite estão condicionados ao enquadramento da proposta às especificações do objeto, descritas no item 3 deste Termo de Referência.

5.2 O início da prestação dos serviços se dará a partir da assinatura do contrato, considerando-se a adesão e o cadastramento dos beneficiários, nos termos dos itens 6 e 7 deste Projeto Básico.

### 6. DA ADESÃO

6.1 Será facultado aos beneficiários a adesão ao plano oferecido pela CONTRATADA, objeto desta licitação, que se dará na forma estabelecida neste item.

§ 1º - A adesão dos Beneficiários Titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pelo CONTRATANTE, no qual deve constar a opção pelo plano oferecido pela CONTRATADA.

§ 2º - A adesão dos Beneficiários Dependentes poderá ser feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", no qual deve constar a opção pelo plano oferecido pela CONTRATADA.

§ 3º - A adesão dos Beneficiários dependentes deverá se dar no mesmo plano do respectivo Beneficiário Titular, oferecido pela CONTRATADA, cabendo ao CONTRATANTE arcar com a responsabilidade do pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano contratado.

§ 4º - Os Beneficiários Dependentes, já incluídos no plano do Beneficiário Titular que venha a falecer no período de vigência do contrato, poderão permanecer no plano, nos limites e condições estabelecidos no



contrato e neste Anexo, desde que seja viúva(o) ou pensionista do beneficiário(a) falecido(a) e autorize o competente desconto em folha de pagamento.

§5º - A Contratada admitirá a transferência de beneficiário titular de um plano de custo menor – no caso o plano contratado - para outro de custo maior, ficando, contudo, sob a responsabilidade do referido beneficiário o pagamento da diferença existente, entre um plano e outro.

## **7. DA CARÊNCIA**

7.1 Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias, a contar da data de assinatura do contrato.

7.1.1 Findo o prazo disposto no item 7.1, a adesão será permitida, porém estará sujeita ao período de carência, até o limite máximo do disposto na Lei nº 9.656/98 ou Ato normativo da ANS; exceto nos casos previstos no item 7.2.

### **7.2 Ficam excluídos de quaisquer carências:**

- a) Os beneficiários constantes da relação atual do Corecon-DF, nos termos do item 3.2.7;
- b) Aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto deste contrato, após a assinatura do contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, provimento em cargos efetivos e em comissão, guarda, tutela definitiva, etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 60 (sessenta) dias contados da:
  - b.1) data de entrada em exercício do beneficiário titular do Corecon-DF;
  - b.2) data de nascimento do beneficiário dependente;
  - b.3) data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge;
- c) Os casos de emergência, como tal demonstrado em declaração do médico assistente;
- d) Os funcionários que vierem a ser contratados pelo Corecon-DF durante a vigência do contrato.

## **8. DO ATENDIMENTO**

8.1.O atendimento para a prestação dos serviços desta licitação será realizado tanto no Distrito Federal quanto nas demais localidades do território nacional, nos Consultórios, Hospitais, Clínicas, Laboratórios e serviços próprios ou credenciados, sem limites de utilização ou de valor de espécie alguma, inclusive em UTI e internações em geral, ficando a Contratada obrigada a cobrir todas as despesas com a realização da assistência proposta, caso ela não tenha este serviço credenciado, conforme o disposto no item 3.2.4 deste termo.;

8.2.A Contratada deverá observar, obrigatoriamente, a exigência quanto ao atendimento em nível nacional, a ser prestado, no mínimo, em 2 (dois) municípios, inclusive todas as capitais, por profissionais e/ou estabelecimentos credenciados abrangendo todas as especialidades;

8.3.Prestação de serviço em âmbito nacional, de todos os serviços exigidos nestas especificações por meio de rede própria e ou credenciada suficiente para atender aos beneficiários do Corecon-DF e/ou nomeados e apresentados, conforme o plano contratado;

8.4.A escolha das especialidades e dos profissionais da Rede de Atendimento, será feita mediante consulta em Livro Orientador (Manual), com respectivos nomes, endereços, telefones e demais informações e orientações complementares, disponibilizado a cada Beneficiário;

8.5.A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após a Adesão do beneficiário, os seguintes documentos para distribuição:

a) um Manual, um guia, um orientador ou outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados / credenciados / referenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos, casas de saúde e de clínicas, básicas e especializadas, consultórios, laboratórios, etc.; próprios da CONTRATADA ou por ela credenciados, com os respectivos endereços e telefones, para cada Beneficiário, de acordo com o plano de saúde contratado;

b) um Documento de Identificação específico para cada Beneficiário, que o habilitará ao uso dos serviços previstos no plano de saúde, dentre os oferecidos pela CONTRATADA.

§ 1º - A CONTRATADA se obriga a informar, por escrito, ao CONTRATANTE, qualquer mudança na relação dos profissionais, dos hospitais, dos centros médicos, das casas de saúde, das clínicas, básicas e especializadas, dos consultórios, dos laboratórios, etc.; a que se refere a alínea "a", do *caput* desta cláusula, bem como dos respectivos endereços, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da alteração;

§ 3º - O atendimento será realizado em hospitais, centros médicos, casas de saúde, clínicas, básicas e especializadas, consultórios, laboratórios, etc.; mediante apresentação do Documento de Identificação do beneficiário, fornecido pela CONTRATADA, juntamente com a sua Carteira de Identidade, quando exigível.

§ 4º - O atendimento no consultório particular do médico associado/credenciado/referenciado inclui atendimentos clínicos, curativos, gessados e pequenas intervenções cirúrgicas que não exijam anestesia geral e sejam passíveis de serem realizados em consultórios.

§ 5º - Nos casos de urgência ou emergência, os beneficiários poderão recorrer aos hospitais, centros médicos, casas de saúde e clínicas, próprias ou credenciadas pela CONTRATADA e que disponham de atendimento ambulatorial.

§ 6º As internações serão processadas mediante "Pedido de Internação", feito pelo médico assistente, e "Guia de Internação", expedida pela CONTRATADA, excetuando-se os casos de urgência e emergência.

§ 7º - Os exames complementares de diagnóstico e de tratamento previstos no contrato serão realizados mediante "Pedido de Exame", feito pelo profissional associado/credenciado/ referenciado pela CONTRATADA.

§ 8º - Os procedimentos e os demais serviços previstos no contrato e constantes deste Anexo serão realizados mediante solicitação do profissional associado/credenciado/ referenciado pela CONTRATADA.

§ 9º A contratada deverá atender aos beneficiários fora da localidade de suas residências, em todas as especialidades e procedimentos relacionados no objeto do presente certame licitatório, conforme rede credenciada, nos termos do item 3.2.4 deste termo;

## **DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS**

9.1 Os procedimentos que necessitem de autorização prévia deverão ser fornecidos pela Contratada no prazo máximo de 3 (três) dias úteis.

## **10. DO REEMBOLSO DE DESPESAS**

10.1 Caberá o reembolso de despesas:

- a) Nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços da rede credenciada da Contratada ou nas localidades em que a Contratada não dispuser de rede médica hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico, credenciada ou própria, deverá ser assegurado aos beneficiários o reembolso das despesas efetuadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação do requerimento, com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares e respectivas notas fiscais.
- b) Nos casos do item anterior, será respeitado como teto 100% (cem por cento) dos respectivos valores de referência da Lista de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira em vigor, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação, de acordo com os preços fixados e publicados no Diário Oficial da União e as taxas hospitalares em consonância com a Tabela da Sociedade Hospitalar local.
- c) Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos hospitalares cobertos, deverão ser reembolsados de acordo com a Tabela do BRASÍNDICE (<http://www.brasindice.com.br/>).
- d) Os beneficiários para se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuados, deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- I. contas discriminadas das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as vias originais das notas fiscais ou faturas;
- II. vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários médicos, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CRM, do CPF e do ISS e a discriminação do serviço realizado;
- III. relatórios médicos, justificando o tratamento e especificando o grau de urgência ou emergência, bem como o tempo de permanência do beneficiário no hospital.

## **11. DAS OBRIGAÇÕES DO CORECON-DF**

### 11.1 O Corecon-DF se obriga a:

- a) Efetuar o pagamento dos serviços ajustados, na forma prescrita na Cláusula Segunda do contrato (minuta – anexo I do Edital);
- b) Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada, para a perfeita prestação dos serviços;
- c) Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa desempenhar seus serviços dentro das normas preestabelecidas no contrato;
- d) Acompanhar e a manter fiscalização efetiva da execução dos serviços objeto do presente contrato, através de servidor formalmente designado para esse fim, na forma prevista no art.67 da Lei nº 8.666/93;
- e) Avaliar a capacidade operacional da Contratada, sobretudo as reais condições de prestação dos serviços, devendo o fiscal notificá-la, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada; nos termos legais;
- f) Atestar as faturas correspondentes, por intermédio do servidor designado, e efetuar o respectivo pagamento nos prazos estabelecidos, se atendidas as demais disposições e condições estipuladas em Contrato;
- g) Relacionar os beneficiários, prestando todas as informações necessárias (principalmente: nome, sexo, faixa etária e qualificação completa), para fins de cadastramento;
- h) Informar periodicamente à Contratada qualquer inclusão ou exclusão de possível Beneficiário, por meio de Termo específico, cujo formulário poderá ser fornecido pela Contratada;
- i) Comunicar à Contratada, por escrito, os casos em que o Beneficiário, por qualquer motivo perder o direito de atendimento nas condições exigidas na forma do Contrato;
- j) Recolher e devolver, quando possível, na ocasião da exclusão de Beneficiários, assim como, no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação, bem como qualquer documento análogo, fornecido pela Contratada;
- k) Disponibilizar suas instalações, quando for o caso e houver possibilidade, se necessárias à prestação de algum serviço;
- l) Rejeitar, no todo ou em parte, os serviços, fora do estabelecido e que estejam em desacordo com este termo de referência;

## **12. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

### 12.1 O CONTRATADO se obriga a:

- a) Assegurar aos beneficiários do Corecon-DF os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência;
- b) Prestar os serviços, até 10 (dez) dias a partir da data da assinatura do contrato, aos beneficiários cadastrados pelo Corecon-DF e, a partir de 10 (dez) dias após o cadastramento, aos beneficiários cadastrados posteriormente;
- c) Fornecer aos beneficiários do Corecon-DF documento de identificação constando seus nomes e o plano a que pertencem, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios;
- d) Entregar as carteiras provisórias dos beneficiários ou dependentes na sede ou no local indicado pelo Corecon-DF, no prazo máximo de 10 (dez) dias e as carteiras definitivas no prazo máximo de 15 (quinze) dias, após a entrega das solicitações; Fornecer um guia médico impresso (manual/orientador) para cada beneficiário constando nome, telefone e endereço dos Médicos, Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios, Institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente, se for o caso;

- e) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado neste anexo, e, caso haja descredenciamento de qualquer Profissional, Hospital, Casa de Saúde, Clínica, Laboratório ou Centro Radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, conforme art. 17, §1º, 2ª, 3º, 4º da Lei 9656/98;
- f) Manter preposto especialmente designado para representá-la perante o CONTRATANTE;
- g) Substituir, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após notificação, sempre que exigido pelo CONTRATANTE e independentemente de qualquer justificativa por parte deste, preposto seu, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina da Administração ou ao interesse do Serviço Público;
- h) Manter serviço (emergencial) de atendimento telefônico gratuito 24 horas por dia, para informações e esclarecimentos dos beneficiários;
- i) Encaminhar mensalmente ao Corecon-DF listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes ou agregados, data de nascimento e o plano em que estão inscritos;
- j) Apresentar, a cada trimestre, para análise do CONTRATANTE, relatório de utilização e estatística, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiário no respectivo período;
- k) Assegurar aos beneficiários titulares que, porventura se desligarem do Corecon-DF, ou se aposentarem, e a seus dependentes, a manutenção da condição de beneficiário nos termos e pelo período instituído pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03.06.98 com as modificações introduzidas pela Medida Provisória nº 2.097-35;
- l) Assegurar aos beneficiários do Corecon-DF, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados do Contrato, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;
- m) Assegurar a remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional, sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional;
- n) Assegurar aos dependentes dos beneficiários titulares entre 18 e 21 anos de idade, que porventura percam a condição de estudante, o direito de, ao readquiri-la, retornar à situação de beneficiário dependente até completarem 21 anos;
- o) Arcar com o ônus decorrente de eventuais danos por ela causados, direta ou indiretamente, ao CONTRATANTE ou a terceiros, em função da execução deste contrato;
- p) Responsabilizar-se e assumir os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do presente contrato. A inadimplência da CONTRATADA, com referência a estes encargos, não transfere ao CONTRATANTE a responsabilidade pelo seu pagamento nem poderá onerar o preço ajustado para a execução do objeto deste contrato;
- q) Não transferir ou subcontratar, total ou parcialmente, os serviços objeto deste contrato sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;
- r) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

### **13. DO PAGAMENTO**

13.1 O pagamento será efetuado somente após atestação da Nota Fiscal/Fatura, nos termos do Edital.

13.2 As demais condições para pagamento serão expressas no Contrato a ser firmado entre as partes, conforme Anexo I do Edital.

### **14. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

14.1 As despesas decorrentes da execução do Contrato a ser firmado entre as partes correrão à conta do Orçamento Geral do Corecon-DF, observando-se os respectivos exercícios financeiros, através da Dotação Orçamentária Conta: 3.1.30.02.07 – Serviços de Saúde.

### **15. DOS CUSTOS DE MANUTENÇÃO**

15.1 O Conselho Regional de Economia do Distrito Federal custeará integralmente o valor mensal do plano dos beneficiários e será responsável pelo repasse do valor relativo a cada Beneficiário, em valores definidos em função da disponibilidade fixada no seu Orçamento, para cada exercício financeiro.

### **16. DO CONTRATO E DA VIGÊNCIA**

16.1 O Contrato de Prestação de Serviço, objeto deste Termo de Referência, a ser celebrado entre as partes obedecerá à Minuta constante do Anexo I, no qual serão consideradas as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos.

16.2 O prazo de vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, com fundamento no art. 57, Inciso II, da Lei nº 8666/93, tendo validade e eficácia legal após a publicação do seu extrato no Diário Oficial do DF – DODF.

## 17. DO REAJUSTE DOS PREÇOS

17.1 Os preços contratados serão fixos e irremovíveis, exceto na hipótese de haver prorrogação de vigência contratual, mediante negociação entre as partes, tendo como limite máximo a variação do IGP/DI – FGV, nos termos da Lei.

## 18. DA FISCALIZAÇÃO E ATESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

18.1 A execução do Contrato a ser firmado entre as partes será acompanhada e fiscalizada por um Servidor do Corecon-DF, especialmente designado, nos termos do disposto no art. 67 e art. 70 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores.

## 19. DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS - ACRÉSCIMOS E SUPRESSÕES

19.1 Este CONTRATO poderá ser alterado, com as devidas justificativas, nos casos previstos no art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

## 20. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

20.1 As penalidades a que fica sujeito o contratado pela recusa em assinar o contrato, sua inexecução ou inadimplemento das obrigações assumidas, dentre outras previstas em lei, constam do item 14 do Edital normativo.

## 21. ESTIMATIVA DE MERCADO - Resumo das Cotações

Item 1 – Plano de Assistência Médica <u>Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica:</u>							
Faixa Etária	QUANTIDADE	EMPRESA			Média Planos	Média Mensal	Média Anual
		Valor Plano Apartamento					
		CENTRAL NACIONAL UNIMED QC	Plan Saude QC	Amil 400 QC			
0 A 18	3	208,16	265,39	312,63	262,06	786,18	9434,16
19 A 23	1	281,15	300,23	390,79	324,06	324,06	3888,68
24 A 28	1	346,57	340,68	488,49	391,91	391,91	4702,96
29 A 33	3	419,32	388,73	537,34	448,46	1345,39	16144,68
34 A 38	2	452,01	423,79	564,2	480,00	960,00	11520,00
39 A 43	2	452,01	541,23	620,62	537,95	1075,91	12910,88
44 A 48	2	553,18	650,91	775,77	659,95	1319,91	15838,88
49 A 53	0	-	-	-		0	0,00
54 A 58	0	-	-	-		0	0,00
ACIMA 58	0	-	-	-		0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>2.712,40</b>	<b>2.910,96</b>	<b>3.689,84</b>	<b>3.104,40</b>	<b>6.203,35</b>	<b>74.440,24</b>

13.2 O valor global total anual estimado para a cobertura da despesa com os serviços objeto deste Projeto Básico é de **R\$ 74.440,00** (setenta e quatro mil quatrocentos e quarenta reais ), no levantamento de preços realizado pelo Corecon-DF constante do Processo.

Brasília-DF, 10 de abril de 2019.



Econ. Daniel dos Passos Soares  
**Gerente Executivo**