



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 0005313-40.2018.4.03.8002 – SEI
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019

A JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU EM MATO GROSSO DO SUL faz saber que realizará por meio da utilização de recursos de tecnologia da informação - INTERNET, o Pregão Eletrônico em epígrafe, visando a contratação do objeto enunciado na cláusula 1, sob a forma de empreitada por preço unitário, nos termos deste Edital, regido pela Lei nº 10.520/02, Decreto nº 5.450/05, Lei Complementar nº 123/2006, e, subsidiariamente, pela Lei n.º 8.666/93 e alterações, bem como pelas disposições expressas fixadas neste Edital. O tipo desta licitação será o de **MENOR PREÇO**.

O recebimento das propostas ocorrerá até às	14h30 do dia 04.09.2019.
A abertura das propostas será realizada às	14h30 do dia 04.09.2019.
O início da disputa de preços ocorrerá às	15h00 do dia 04.09.2019.

Obs.: Para todas as referências de tempo será observado o horário de Brasília (DF).

Caso não haja expediente ou ocorra algum fator impeditivo para realização da disputa, a mesma será remarcada após comunicação pelo pregoeiro no sistema Licitações-e.

São partes integrantes deste Edital:

ANEXO I - Termo de Referência;
ANEXO II - Modelo da Proposta Comercial;
ANEXO III - Relação de Documentos necessários à Habilitação;
ANEXO IV - Modelo de Declaração do Menor.
ANEXO V - Minuta do Termo de Contrato;

1. DO OBJETO

1.1. O objeto da presente licitação consiste na contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes neste Termo de Referência. (Anexo I).

2. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

2.1. O Pregão Eletrônico será realizado em sessão pública, por meio da INTERNET, mediante condições de segurança - criptografia e autenticação, em todas as suas fases.

2.2. Os trabalhos serão conduzidos por Pregoeiro nomeado pela Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, mediante inserção e monitoramento de dados gerados ou transferidos para o aplicativo "Licitações", constante da página eletrônica "www.licitacoes-e.com.br" ou www.trf3.jus.br, opção "acesso identificado".

2.3. O licitante que desejar obter outras informações sobre a licitação poderá dirigir-se à Seção de Compras e Licitações, situada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, 128, Parque dos Poderes, Campo Grande/MS, Cep: 79037-102, ou enviar e-mail para compras_ms@trf3.jus.br, telefones: (67) 3320-1113/1249, no horário das 10h00 às 18h00.

2.3.1. O interessado que tiver dúvidas de caráter técnico ou legal quanto à interpretação dos termos deste Edital poderá solicitar ao(à) Pregoeiro(a) os esclarecimentos necessários, via e-mail no endereço eletrônico admms-compras@trf3.jus.br.

2.3.1.1. O recebimento do pedido de esclarecimentos deverá ser confirmado na Seção de Compras e Licitações.

2.3.2. Os pedidos de esclarecimentos deverão ser apresentados até 03 (três) dias úteis antes da data limite para recebimento das propostas. O interessado deverá informar o endereço de seu e-mail e telefone para recebimento da resposta.

2.3.2.1. As consultas serão respondidas diretamente aos licitantes interessados e disponibilizadas no site www.licitacoes-e.com.br, no campo MENSAGENS, no link correspondente a este Edital.

2.3.2.2. Não serão atendidas solicitações verbais.

2.4. O licitante deverá observar, rigorosamente, os prazos limites (data e horário) para recebimento de propostas, bem como de abertura e início da sessão de disputa de preços.

2.5. Caso haja necessidade, o(a) Pregoeiro(a), conforme faculta o art. 43, § 3º da Lei nº 8.666/93 e alterações, e art. 26 do Decreto nº 5.450/05, poderá, em qualquer fase da licitação, promover diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, e/ou sanar erros e/ou falhas que não alterem a substância das propostas, documentos de habilitação e sua validade jurídica.

2.6. Até a abertura da sessão, os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta anteriormente apresentada.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS ÀS MICROEMPRESAS (MEs) E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (EPPs)

3.1. Poderão participar deste Pregão Eletrônico quaisquer interessados que atenderem a todas as exigências constantes deste Edital e seus Anexos, inclusive quanto à documentação e pertinência do ramo de atividade com o objeto da presente licitação, e

estiverem previamente credenciados junto ao Banco do Brasil S.A., em qualquer agência sediada no país, para acesso ao sistema eletrônico, dispondo de chave de identificação e senha pessoal, não sendo necessário ser cliente do BB para se credenciar e obter chave de acesso e senha.

3.1.1. Para obtenção de chave e senha para seus representantes, as pessoas jurídicas ou físicas deverão dirigir-se a qualquer agência do Banco do Brasil, apresentando procuração por instrumento público ou particular, com firma reconhecida, atribuindo poderes para formular lances de preços e praticar os demais atos e operações no “LICITAÇÕES-E”.

3.1.2. Sendo sócio, proprietário, dirigente (ou assemblado) da empresa proponente, deverá apresentar cópia do estatuto ou contrato social, ou instrumento específico no qual estejam expressos seus poderes para exercer e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

3.1.3. A chave de identificação e a senha terão validades determinadas pelo Banco do Brasil e poderão ser utilizadas em qualquer Pregão Eletrônico realizado no “LICITAÇÕES-E”, sendo necessárias para formular lances de preços e praticar todos os demais atos e operações no sistema eletrônico, salvo quando canceladas por solicitação do credenciado.

3.1.4. O credenciamento do licitante e de seu representante legal junto ao sistema eletrônico implica na responsabilidade legal pelos atos praticados e a presunção da capacidade técnica para realização das transações inerentes ao Pregão Eletrônico.

3.1.5. É de exclusiva responsabilidade do usuário o sigilo da senha, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo à Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul ou ao Banco do Brasil S.A., a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

3.1.6. Em se tratando de microempresa ou empresa de pequeno porte, nos termos da Lei Complementar n.º 123, de 14/12/2006, e para que essa possa gozar dos benefícios previstos no capítulo V da referida Lei, é necessário que o licitante informe, em campo próprio do sistema, a sua condição de ME ou EPP.

3.1.7. Não poderão se beneficiar do regime diferenciado e favorecido as empresas que se enquadrem em qualquer das exclusões relacionadas no § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123/06.

3.1.8. Quando da participação das microempresas e empresas de pequeno porte serão adotados os critérios estabelecidos nos artigos 42 a 45 da Lei Complementar n.º 123/06.

3.2. Não será admitida nesta licitação a participação de empresas:

3.2.1. Na condição de concorrentes, pessoas físicas ou jurídicas em consórcios e que sejam controladoras, coligadas ou subsidiárias entre si;

3.2.2. Em recuperação judicial, extrajudicial ou processo falimentar, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

3.2.3. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração suspenso;

3.2.4. Que estejam cumprindo pena de Declaração de Inidoneidade, imposta por qualquer ente da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal;

3.2.5. Que estejam cumprindo pena de impedimento de licitar e contratar com a União, aplicada por qualquer órgão da Administração Pública Federal, com fundamento no art. 7º da Lei n.º 10.520/2002 e art. 28 do Decreto 5.450/2005;

3.2.6. Pessoa Jurídica que tenha em seu quadro societário cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, magistrados ocupantes de cargo de direção ou no exercício de funções administrativas, assim como de servidores ocupantes de cargos de direção, chefia e assessoramento vinculados direta ou indiretamente às unidades situadas na linha hierárquica da área encarregada da licitação.

3.2.6.1. A vedação acima se estende às contratações cujo procedimento licitatório tenha sido deflagrado quando os magistrados e servidores geradores de incompatibilidade estavam no exercício dos respectivos cargos e funções, assim como às licitações iniciadas até 6 (seis) meses após a desincompatibilização.

3.3. Não será admitida, também, a participação de servidor de qualquer órgão ou entidade vinculada ao órgão promotor da licitação, bem assim a empresa da qual tal servidor seja sócio, dirigente ou responsável técnico.

3.4 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, atuando nessa condição (Acórdão nº 746/2014-TCU-Plenário).

4. DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

4.1. Para efeito de elaboração da Proposta:

4.1.1. O licitante deverá preencher a Proposta Comercial de acordo com o modelo constante no Anexo II, em conformidade com as especificações constantes do Termo de Referência (Anexo I).

5. DO PROCEDIMENTO DO PREGÃO ELETRÔNICO

5.1. A participação no Pregão Eletrônico se dará por meio da digitação da senha do representante credenciado e subsequente encaminhamento da proposta de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observados os prazos limites (data e horário) estabelecidos neste Edital.

5.2. Como requisito para participação no Pregão Eletrônico, o licitante deverá manifestar, em campo próprio do sistema eletrônico, **que tem conhecimento das exigências previstas no Edital e declarar que cumpre plenamente os requisitos de habilitação.**

5.3. Caberá ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão Eletrônico, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.

6. DA PROPOSTA COMERCIAL

6.1. O licitante deverá **PREENCHER EM CAMPO APROPRIADO NO SISTEMA ELETRÔNICO**, os seguintes itens:

a) No campo '**Valor Total do Lote**', informar o **PREÇO TOTAL MENSAL DO LOTE**, considerando as respectivas quantidades, conforme Anexo I, devendo ser expresso em Reais, com 2 (duas) casas decimais e que deverá abranger **todas** as despesas incidentes sobre o objeto da licitação tais como **impostos, taxas, fretes e/ou transportes, seguros, mão-de-obra, encargos sociais, etc.**

6.2. Após o término da fase de disputa dos lances, o licitante de menor lance deverá encaminhar a proposta comercial escrita, em conformidade com o modelo (Anexo II), no prazo máximo de 1 (um) dia útil, via e-mail, no endereço eletrônico admms-compras@trf3.jus.br, preenchidos os seguintes requisitos:

6.2.1. atendimento às especificações do Edital e seus Anexos;

6.2.2. validade da proposta: no mínimo 60 (sessenta) dias, contados a partir da data limite de sua entrega;

6.2.3. prazo para entrega dos materiais/serviços: de acordo com o Termo de Referência;

OBS.: O prazo estabelecido no subitem 6.2 poderá ser prorrogado, se houver justificativa para tanto.

6.3. Caso haja omissão do número do CNPJ na proposta, serão considerados os dados da documentação apresentada e, se não constarem os prazos de validade da proposta comercial, garantia e/ou entrega, aplicar-se-ão os prazos estipulados neste edital.

6.4. Será considerado sem efeito qualquer prazo de pagamento estipulado na Proposta Comercial que seja incompatível com o disposto nas cláusulas DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO E PAGAMENTO estabelecidas neste instrumento convocatório.

6.5. Caso a arrematante seja cooperativa, deverá apresentar modelo de gestão operacional que contemple as diretrizes estabelecidas no artigo 10 da Instrução Normativa nº 5, de 26/05/2017, da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

6.6. A licitante vencedora deverá relacionar, juntamente com a proposta comercial, os recursos relativos à rede de atendimento, em conformidade com o item 10 do Termo de Referência.

7. DA ANÁLISE DAS PROPOSTAS E DOS LANCES

7.1. No horário previsto neste Edital terá início a sessão pública do Pregão Eletrônico, com a divulgação das propostas de preços recebidas, passando o(a) Pregoeiro(a) à avaliação da aceitabilidade das mesmas.

7.1.1. O desatendimento às especificações exigidas no Edital implicará desclassificação da "Proposta Comercial" do licitante.

7.2. Aberta a etapa competitiva, os licitantes deverão estar conectados ao sistema para participar da sessão de lances.

7.3. Os lances serão ofertados sobre o **VALOR TOTAL MENSAL DO LOTE**.

7.4. A cada lance ofertado, o licitante será, imediatamente, informado de seu recebimento, respectivo horário de registro e o valor.

7.5. Após o encerramento da etapa de lances, o sistema identificará a ocorrência de empate, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006 e Decreto nº 8.538, de 06/10/2015, informando o nome da empresa. O Pregoeiro convocará o licitante em situação de empate, que poderá ofertar novo lance, inferior ao menor lance registrado para o lote, no prazo máximo de 5 minutos, sob pena de preclusão do direito. Não havendo manifestação da empresa convocada, serão convocados os licitantes remanescentes que se enquadrem na situação de empate, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito. Após este procedimento o Pregoeiro encerrará a disputa do lote.

7.5.1. O disposto no subitem acima somente se aplicará quando a proposta de menor preço não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte

7.6. O tempo normal de disputa dos lances será encerrado por decisão do(a) Pregoeiro(a). Após o encerramento deste prazo, transcorrerá o acréscimo de tempo extra, determinado aleatoriamente pelo sistema, que será de, no máximo, 30 (trinta) minutos, findo o qual, será automaticamente encerrada a recepção de lances.

7.7. O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ele ofertado e registrado no sistema.

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

7.9. Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado. O sistema não identificará o autor dos lances aos demais licitantes.

7.10 No caso de desconexão com o pregoeiro, no decorrer da etapa de lances, se o sistema eletrônico permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, retomando o pregoeiro, quando possível, sua atuação no Pregão, sem prejuízos dos atos realizados.

7.10.1 Quando a desconexão persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão do pregão será suspensa e reiniciada somente após comunicação aos participantes.

7.11. Antes de anunciar o vencedor, o(a) Pregoeiro(a) poderá encaminhar pelo sistema eletrônico, contraproposta diretamente ao licitante que tenha apresentado o menor lance, para que seja obtido preço melhor, bem como decidir sobre sua aceitação.

7.12. O sistema informará a proposta de menor preço imediatamente após o encerramento da etapa competitiva ou, se for o caso, após negociação e decisão do(a) Pregoeiro(a) sobre a aceitação do lance de menor valor.

7.13. Se a proposta ou o lance de menor valor não for aceitável, ou se o fornecedor desatender às exigências de habilitação, o(a) Pregoeiro(a) examinará a proposta ou lance subsequente, verificando a sua compatibilidade e a habilitação do licitante, na ordem de classificação e, assim, sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda o Edital, adotando o procedimento mencionado no subitem anterior.

7.14. Constatado o atendimento das exigências fixadas no Edital, o objeto será adjudicado ao licitante de menor preço.

7.15. Caso não se realizem lances, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para a contratação.

7.16. No caso de empate entre duas ou mais Propostas e, não havendo lances, o desempate se fará, obrigatoriamente, por sorteio, para o qual serão convocados todos os licitantes.

7.17. O sistema disponibilizará relatórios e ata circunstanciada, que poderão ser impressos pelos participantes.

8. DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE HABILITAÇÃO

8.1. A Documentação para Habilitação deverá ser encaminhada preferencialmente pelo sistema eletrônico do Banco do Brasil S.A., ou pelo e-mail admms-compras@trf3.jus.br, no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a contar da solicitação do Pregoeiro, com posterior encaminhamento dos originais, ou cópias autenticadas, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis para o endereço mencionado no subitem 2.3, deste Edital.

8.1.1. Os prazos acima poderão ser prorrogados por igual período, se houver justificativa.

8.2. A empresa não cadastrada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, deverá apresentar a regularidade de todos os documentos conforme Anexo III - Relação de Documentos Necessários à Habilitação.

8.3. A empresa regularmente cadastrada no SICAF deverá apresentar os documentos exigidos no Anexo III - Relação de Documentos Necessários à Habilitação não integrantes do respectivo cadastro.

8.3.1. É desnecessária a apresentação, pelo licitante, dos documentos citados nos subitens 2.1 a 2.4 do Anexo III, exceto o item 2.2.2 – Relação de documentos necessários à habilitação. A comprovação da regularidade será verificada pela administração, mediante a consulta destes documentos nos sites dos órgãos / autarquias emissores, em face da exigência legal.

8.4. A empresa com habilitação / linha de fornecimento incompatível com o objeto desta licitação deverá apresentar, ainda, Estatuto/Contrato Social ou Certidão Simplificada da Junta Comercial que comprove objetivo social compatível com o objeto desta licitação.

8.5. A regularidade do cadastramento junto ao SICAF será verificada “on-line”, após o recebimento da documentação para habilitação solicitada pelo Pregoeiro, não sendo obrigatória a apresentação de documento comprobatório de cadastramento neste Sistema.

8.6. Todos os documentos exigidos para habilitação deverão estar válidos na apresentação, exceto para os casos de microempresa e empresa de pequeno porte, cujo tratamento diferenciado será concedido, em conformidade com o artigo 43, §§ 1º e 2º da Lei Complementar nº 123/2006.

8.7. Os documentos poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia (absolutamente legível) autenticada por Cartório competente ou por servidor deste órgão,

em confronto com o original, ou publicação em órgão da imprensa oficial, **preferencialmente**.

8.7.1. Os documentos de emissão eletrônica (Internet) poderão ser apresentados em cópia simples, sendo que sua aceitação está condicionada à verificação da respectiva validade/autenticidade na Internet.

OBSERVAÇÕES:

1) Caso os documentos passíveis de consulta/emissão na INTERNET não sejam apresentados ou se encontrem vencidos, a Administração providenciará sua emissão nos respectivos sites.

2) Na impossibilidade de emissão dos documentos, em razão de insuficiência de informações nos sites dos órgãos/autarquias emissores, o licitante poderá ser inabilitado.

3) Para as certidões que não trouxerem expresse o prazo de validade, considerar-se-á 06 (seis) meses da data da sua expedição.

9. DO EXAME DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

9.1. Verificado o atendimento das condições e exigências fixadas no Edital, o licitante será declarado vencedor.

9.2. Caso o licitante desatenda às exigências habilitatórias, o(a) Pregoeiro(a) examinará a oferta subsequente, solicitando a sua documentação, na forma prevista no subitem 8.1, na ordem de classificação, e assim, sucessivamente, até a apuração de uma proposta que atenda ao Edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor e a ele adjudicado o objeto do certame.

9.2.1. As empresas que não atenderem aos requisitos de habilitação estarão sujeitas às penalidades previstas neste Edital.

10. DO CRITÉRIO DE JULGAMENTO E DA ADJUDICAÇÃO

10.1. O critério de julgamento das propostas será o **MENOR PREÇO**, observado o disposto nos artigos 42 e seguintes da Lei Complementar nº 123, de 14.12.2006.

10.2. A adjudicação do objeto será **POR LOTE**.

10.3. O valor estimado da presente contratação somente será divulgado após o encerramento da disputa dos lances.

11. DA CONTRATAÇÃO

11.1. A contratação do objeto licitado dar-se-á mediante a assinatura do TERMO DE CONTRATO, entre a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul e o licitante vencedor.

11.2. O TERMO DE CONTRATO será elaborado pela Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, em estrita conformidade com o que dispõe a Lei 8.666/93 e alterações, e dele farão parte este instrumento convocatório e a proposta do adjudicatário.

11.3. Regularmente convocado para assinar o Termo de Contrato e retirar a Nota de Empenho, ao licitante vencedor cumprirá fazê-lo no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, prorrogável uma vez por igual período, se houver justificativa aceita pela JF/MS, sujeitando-se às penalidades legalmente estabelecidas (art. 64, §1º, e art. 81 da Lei 8.666/93 e item 18 deste Edital).

11.4. O gerenciamento do Contrato será exercido pelo Diretor do Núcleo de Apoio Administrativo – NUAD, desta Seção Judiciária, sendo a fiscalização realizada pelo(s) servidor(es) ou seus substitutos especialmente designado(s) pela autoridade competente, mediante Portaria, em conformidade com o disposto no art. 67, da Lei nº 8.666/93.

12. DOS LOCAIS E PRAZO PARA ENTREGA

12.1. Os locais e o prazo de entrega do objeto serão de acordo com o estabelecido no Termo de Referência.

13. DO RECEBIMENTO DO OBJETO

13.1. O objeto será recebido conforme disposto no item 29 do Termo de Referência (Anexo I).

14. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO

14.1. O faturamento será efetuado mensalmente, a partir do 1º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

14.1.1. Na entrega do documento de cobrança será confirmada a Regularidade perante a Caixa Econômica Federal quanto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS (CRF - Certificado de Regularidade do FGTS - Lei nº 8.036/90) e Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (Certidão Negativa de Débito - CND - Lei nº 8.212/91) e Justiça do Trabalho (Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT – Lei nº 12.440/11). Será confirmada também a regularidade fiscal, podendo ser mediante consulta "on-line" ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, ou na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei 8.666/93". Portanto, o Contratado deverá manter os mesmos atualizados.

14.2. O documento de cobrança (Nota Fiscal, Fatura, etc.) deverá ser encaminhado eletronicamente até o dia 10 (dez) de cada mês subsequente ao da prestação dos serviços no endereço eletrônico admms-subs@trf3.jus.br ou endereçado à JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU EM MATO GROSSO DO SUL, situada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, n.º 128, Parque dos Poderes, Campo Grande/MS, CEP 79037-901 - CNPJ 05.422.922/0001-00, que o protocolará.

a) O documento de cobrança deverá ser emitido com o mesmo número de CNPJ constante da documentação apresentada para a habilitação e da Proposta Comercial, o qual serviu de base para a emissão da Nota de Empenho;

- b) Na hipótese de divergência entre o CNPJ do documento de cobrança e o constante na Nota de Empenho, decorrente da necessidade de alteração do estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança durante a execução do Contrato, a matriz ou filial, conforme o caso, deverá apresentar, previamente à emissão do documento de cobrança, declaração justificando este procedimento e, ao mesmo tempo, apresentando os comprovantes de regularidade previstos no inciso III do art. 29, da Lei nº 8.666/93, relativos ao estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança;
- c) A justificativa, prevista no subitem anterior, para a alteração do estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança, se aceita pelo CONTRATANTE, após a análise jurídica, implicará em adequação do Contrato, através de Termo Aditivo, para inclusão do estabelecimento em questão e de seu respectivo CNPJ, bem como para modificação do favorecido dos recursos orçamentários correspondentes;
- d) No caso de alteração, nos termos do subitem anterior, a CONTRATADA deverá apresentar os dados bancários relativos ao CNPJ do estabelecimento responsável pela emissão do documento de cobrança, para que o pagamento possa ser efetuado por meio de ordem bancária;
- e) Todos os tributos incidentes sobre os produtos ou serviços deverão estar incluídos no valor total do documento de cobrança, observada a legislação tributária aplicável à espécie, principalmente àquela pertinente aos órgãos públicos federais;
- f) No documento de cobrança deverão constar os nomes e os números do banco e da agência, bem como o número da conta corrente à qual se dará o depósito bancário para pagamento, repetindo-se os dados informados na Proposta Comercial;
- g) Qualquer alteração de dados bancários só será permitida desde que efetuada em papel timbrado da empresa, assinada por representante legal e encaminhada à Seção Financeira da Justiça Federal de Mato Grosso do Sul, antes do processamento do respectivo pagamento;
- h) No documento de cobrança não deverá constar material ou serviço de outra Nota de Empenho;
- i) Se o Contratado sofrer qualquer uma das retenções dos tributos a seguir elencados: Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição para o PIS/PASEP (art. 1º, § 6º, da IN SRF nº 480/2004) e Contribuição à Previdência Social (artigo 126, da IN RFB nº 971/2009), deverá efetuar o destaque, no respectivo documento de cobrança, do valor do imposto de renda e das contribuições a serem retidos na operação, e, se a legislação municipal assim o exigir, o destaque do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).

15. DA RETENÇÃO DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES
--

15.1. Na ocasião do pagamento, observadas as condições específicas da FORNECEDORA, aplicar-se-á, no que couber, o disposto na Lei 9.430/1996, Lei 8.212/1991 e regulamentações; e Lei Complementar n.º 116, de 31/07/2003, combinada com a correspondente Lei Municipal do local da prestação dos serviços, em cotejo com a Lei Municipal do estabelecimento sede da empresa.

15.2. Se a FORNECEDORA gozar de tratamento diferenciado em virtude de Lei, seja na forma e benefícios ou isenções, deverá, obrigatoriamente, apresentar a comprovação definida no dispositivo legal ou regulamentar que lhe garantiu o direito, sob pena de retenção de tributos na fonte.

15.2.1. A FORNECEDORA optante pelo SIMPLES NACIONAL deverá apresentar juntamente com a fatura, Declaração na forma do Anexo IV da Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11/1/2012.

15.3. A FORNECEDORA que prestar serviços no município de Campo Grande cuja sede estiver localizada em outro município deverá providenciar inscrição no cadastro da Secretaria de Finanças do Município de Campo Grande, nos termos do art. 123 da Lei Complementar nº 59, de 02/10/2003 e alterações posteriores. Caso contrário, estará sujeito à retenção de ISSQN sobre o valor da nota fiscal, para o Município de Campo Grande, conforme a legislação mencionada.

16. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1 O pagamento será efetuado, mediante ordem bancária, nos prazos a seguir indicados, contados da apresentação do documento de cobrança, no local e forma indicado no item 14 - das condições de faturamento:

a. em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data final do período de adimplemento do contrato, ou de cada parcela, mediante a apresentação do documento de cobrança, quando o valor total da despesa contratada for superior ao limite estabelecido no art. 24, inciso II, da Lei nº 8.666/1993;

b. em até 05 (cinco) dias úteis, contados da apresentação do documento de cobrança, quando o pagamento decorrer de despesa cujo valor não ultrapasse o limite estabelecido no art. 24, inc. II, da Lei 8.666/1993.

16.1.2. Os prazos estabelecidos nesta cláusula serão interrompidos, mediante notificação para o endereço eletrônico (e-mail) indicado pelo fornecedor/contratado, no caso de qualquer incorreção no documento de cobrança.

16.1.3. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que o Contratado não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de atualização financeira devida pela CONTRATANTE, entre a data acima referida e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela em atraso;

I = Índice de atualização financeira, assim apurado:

$$I = \frac{(TX/100)}{365} \Rightarrow I = \frac{(6/100)}{365} \Rightarrow I = 0,00016438 \text{ ao dia}$$

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual = 6%

16.1.4. O pagamento dos encargos moratórios, deverão ser objeto de solicitação do contratado/fornecedor, não cabendo à Administração fazê-lo de ofício.

17. DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO DO CONTRATO

17.1. A inexecução total ou parcial do Contrato ensejará a sua rescisão, atendido o disposto nos arts. 77 a 80 da Lei nº 8.666/93.

17.2. Constitui motivo de rescisão contratual a contratação de empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e de assessoramento, de membros ou juízes vinculados ao respectivo contratante, conforme art. 3º da Resolução nº 7/05, do Conselho Nacional de Justiça.

18. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

18.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520/2002, o licitante/adjudicatário que:

18.1.1. não assinar a Ata de Registro de Preços e/ou Termo de Contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;

18.1.2. apresentar documentação falsa;

18.1.3. deixar de entregar os documentos exigidos no certame;

18.1.4. ensejar o retardamento da execução do objeto;

18.1.5. não mantiver a proposta;

18.1.6. cometer fraude fiscal;

18.1.7. comportar-se de modo inidôneo;

18.1.7.1 Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quanto ao enquadramento como ME/EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da fase de lances.

18.2. O licitante/adjudicatário que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens anteriores ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

18.2.1. Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante;

18.2.2. Impedimento de licitar e de contratar com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos.

18.3. Na aplicação das penalidades devem ser consideradas as seguintes circunstâncias:

a) a natureza e a gravidade da infração contratual;

b) os danos que o cometimento da infração ocasionar ao serviço e aos usuários;

- c) a vantagem auferida em virtude da infração;
- d) as circunstâncias gerais agravantes e atenuantes; e
- e) os antecedentes da CONTRATADA.

18.4. Na inexecução parcial ou total do Contrato, sempre por circunstância que lhe seja imputável, a CONTRATADA estará sujeita à aplicação das seguintes penalidades, garantida a prévia defesa, em conformidade com os artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/1993 ou com o artigo 7º da Lei nº 10.520/02:

a) advertência;

b) multa moratória, excluída a hipótese prevista no item 29 do Termo de Referência (IMR - atraso), de:

b.1) 0,2% (dois décimos por cento) ao dia, limitada a 3% (três por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 15 dias.

b.2) 0,3% (três décimos por cento) ao dia, nos atrasos superiores a 15 (quinze) dias, limitada a 7,5% (sete e meio por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 25 (vinte e cinco dias).

c) multa **compensatória** de até 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, pela inexecução total ou parcial do Contrato, casos em que a Administração poderá aceitar ou rejeitar o serviço, total ou parcialmente, e, se entender conveniente, formalizar a rescisão unilateral do Contrato, conforme dispõem os incisos I e II do artigo 78 da Lei nº 8.666/1993;

d) multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato, em caso de descumprimento total da obrigação assumida;

e) **suspensão temporária** do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, pelo prazo que a mesma fixar e que será arbitrado de acordo com a natureza e a gravidade da falta, respeitado o limite de 02 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação das multas previstas em Edital e no Contrato e das demais cominações legais;

f) **impedimento de licitar e de contratar** com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no Edital e no Contrato;

g) **declaração de inidoneidade** para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.

18.5. Em caso de apuração de falta contratual, o valor da multa aplicada será:

18.5.1. retido dos pagamentos devidos pela Administração, após regular procedimento de apuração de falta contratual;

18.5.2. pago por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU;

18.5.3. descontado do valor da garantia prestada, quando houver; ou

18.5.4. cobrado judicialmente.

18.6. Para determinar a reincidência, serão considerados os antecedentes da CONTRATADA durante a vigência desta contratação, devendo o descumprimento se referir a uma mesma obrigação contratual.

18.6.1. Caracterizada a reincidência, o valor da multa será majorado em até 1/3, levando-se em consideração o número de reiterações e sua gravidade.

18.7. No caso de a infração causar prejuízo à Administração, e este prejuízo exceder o valor da multa compensatória, a Administração poderá exigir indenização suplementar. Nessa situação a sanção de multa valerá como princípio de pagamento, competindo à Administração provar o prejuízo.

18.8. No caso de não recolhimento do valor da multa por GRU, dentro do prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data da intimação, a importância será descontada da garantia prestada ou cobrada judicialmente, consoante o §3º do art. 86 e § 1º do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

18.9. As sanções de advertência, suspensão temporária do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, impedimento para licitar e contratar com a União e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com a de multa.

18.10. Se o descumprimento consistir na perda das condições de habilitação, a Administração concederá o prazo de 30 (trinta) dias para a empresa regularizar a sua situação, sem cominação de penalidade para o período;

18.10.1. Não regularizando sua situação no prazo de 30 (trinta) dias, poderá ser aplicada a penalidade de multa à empresa no importe de 1% (um por cento), ao dia, sobre o valor atualizado do Contrato ou sobre a parcela entregue e pendente de regularização, limitada a 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato e, a critério da Administração, o Contrato poderá ser rescindido.

18.11. A atualização de valores, para efeito de aplicação de multa, será efetivada com base na variação do **IPCA-E/IBGE**, apurada a partir do mês correspondente à data limite para a apresentação da Proposta Comercial até o mês imediatamente anterior à ocorrência do fato.

18.11.1. Nos casos em que houver repactuação ou reajuste de preços, a data inicial, para fins de atualização do valor, será a data em que tiver início a vigência da repactuação ou do reajuste.

18.12. As penalidades previstas no Contrato não poderão ser relevadas, salvo quando ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou caso fortuito.

18.13. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666/93 e na Lei nº 9.784/99.

18.14. As penalidades aplicadas à CONTRATADA, após regular procedimento de apuração de falta, serão registradas no SICAF.

18.15. As comunicações derivadas de processo administrativo de penalidade serão realizadas, em regra, por via eletrônica, competindo ao Licitante/Contratada informar seu endereço de e-mail juntamente com sua Proposta Comercial.

18.16 A confirmação do recebimento da correspondência eletrônica deverá se dar no prazo de 1 (um) dia útil, findo o qual, sem manifestação do Licitante/Contratada, considerar-se-á como realizada e recebida a comunicação

19. DAS IMPUGNAÇÕES

19.1. A interposição de eventuais impugnações deverá observar o disposto no art. 18 § 1º, do Decreto 5.450/05.

19.1.1. As impugnações deverão ser encaminhadas à Seção de Compras e Licitações da Justiça Federal de MS, localizada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, 128 – Parque dos Poderes – Campo Grande/MS, Cep: 79037-102, telefones (67) 3320-1113/1249, das 10h às 18h, ou no endereço eletrônico admms-compras@trf3.jus.br, aos cuidados do(a) Pregoeiro(a).

20. DOS RECURSOS

20.1. Após o Pregoeiro ter declarado o vencedor da licitação, o licitante poderá registrar no sistema eletrônico em até 60 (sessenta) minutos, a intenção de recorrer contra decisão do Pregoeiro(a), registrando a síntese das suas razões e lhe será concedido o prazo de 03 (três) dias para, querendo, apresentar as razões do recurso, ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar contrarrazões do recurso em igual número de dias que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vistas imediata dos autos.

20.1.1. As razões de recurso, bem como as contrarrazões, deverão ser protocolizadas na Seção de Compras e licitações, nos moldes do subitem 19.1.1.

20.2. A falta de manifestação imediata e motivada do licitante importará a decadência do direito de recurso e a adjudicação do objeto da licitação pelo(a) Pregoeiro(a) ao vencedor.

20.3. O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

21. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

21.2. O descumprimento de qualquer item do presente Edital poderá acarretar a desclassificação do licitante.

21.3. O presente Edital, disponível no site www.licitacoes-e.com.br, deverá ser consultado constantemente, tendo em vista a possibilidade de eventuais comunicados ou esclarecimentos futuros.

21.4. Nos dias que sucederem o encerramento da disputa, o licitante deverá acessar o site acima, para tomar ciência das deliberações acerca do presente certame.

21.5. Em caso de dúvidas relativas ao sistema Licitações-e, o licitante deverá entrar em contato com o suporte técnico do Banco do Brasil no telefone 3003-0500 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800-7290500 (demais localidades).

ANEXO I – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019 TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 4986578/2019

1. OBJETO

1.1 Contratação de serviços continuados em regime de empreitada por preço unitário.

1.2 A licitação será realizada no âmbito da Justiça Federal de 1º Grau em Mato Grosso do Sul (JFMS).

1.3 DESCRIÇÃO DO OBJETO

1.3.1. O objeto da presente operação consiste na contratação de empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes neste Termo de Referência.

2. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO

2.1. Considerando o vencimento improrrogável do contrato atualmente vigente, a presente contratação visa proporcionar a garantia de acesso a serviços privados de assistência à saúde aos senhores(as) juízes(as), servidores(as) e grupos familiares, considerando autorização legal (art. 230 da Lei 8.112/1990 e art. 5º, II, da Resolução 207/2015 do CNJ) e disponibilidade orçamentária.

3. FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

3.1. Licitação.

3.2 Modalidade de Licitação.

3.2.1 O objeto a ser contratado enquadra-se na categoria de serviço comum, de que trata a Lei nº 10.520/02 e o Decreto nº 5.450/05, por possuir padrões de desempenho e características gerais e específicas, usualmente encontrada no mercado, podendo, portanto, ser licitado por meio da modalidade Pregão Eletrônico.

a) A licitação será compartilhada?

(x) Não () Sim

b) Será adotado o Sistema de Registro de Preços - SRP?

(x) Não () Sim

3.3 Tipo de Licitação

(x) Menor preço () Técnica e preço () Melhor técnica

3.4 O objeto requer a aplicação de direito de preferência?

(x) Não

4. PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

4.1. Não será admitida a participação de consórcios.

Conforme Acórdão TCU 2.831/2012, abaixo transcrito, não será admitida a participação de consórcios por se tratar de objeto que não apresenta complexidade que torne restrito o universo de possíveis licitantes.

Acórdão TCU 2.831/2012: "(...) Devem ser consideradas as circunstâncias concretas que indiquem se o objeto apresenta vulto ou complexidade que torne restrito o universo de possíveis licitantes. Somente nessa hipótese, fica o administrador obrigado a "autorizar a participação de consórcio de empresas no certame, com o intuito precípua de ampliar a competitividade e proporcionar a obtenção da proposta mais vantajosa".

4.2. Não será admitida a participação de cooperativas de mão de obra. Será admitida a participação de cooperativas médicas, visto que a Lei 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, considera, dentre as possíveis operadoras de plano de assistência à saúde, as cooperativas médicas, além de empresas de medicina de grupo, seguradoras e outras.

5. CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

5.1 Menor preço.

6. ADJUDICAÇÃO

6.1 A adjudicação será por lote.

6.2. Cada um dos produtos (itens 11.1.1. e 11.1.2.) representará um lote.

7. ACEITABILIDADE DA PROPOSTA

7.1 Para fins de análise das propostas apresentadas, serão considerados os valores médios praticados no mercado, constantes do processo de licitação;

7.2. Não serão aceitas propostas finais que imprimam valores superiores aos indicados no item anterior.

7.3. O preço estimado da contratação será disponibilizado aos licitantes, se houver solicitação em tal sentido, após a realização da sessão pública.

8. INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. Os serviços deverão ter início na data especificada na ordem de serviço.

8.2. Considera-se início da execução dos serviços, a prestação da assistência médica aos beneficiários cadastrados.

9 . CONDIÇÕES DOS SERVIÇOS

9.1. O serviço à saúde será prestado através da contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes **de rede credenciada, contratada ou referenciada**, visando a assistência médica e hospitalar, a ser paga integralmente às expensas da operadora/seguradora contratada, consoante o disposto no art. 1º, inciso I da Lei nº 9.656/98.

9.2. A contratação dar-se-á pelo regime **coletivo empresarial**, nos termos do art. 16, VII, alínea b da Lei nº 9656/98, pelo sistema de mensalidade pré-fixada, aceitando-se o reembolso nos casos exclusivamente previstos neste Termo de Referência ou quando previstos em normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplantar - ANS ou, ainda, em outras situações não previstas, mas previamente acordada com a contratada.

9.3. O objetivo da contratação é a prestação de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por profissionais e hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, nas internações normais ou terapia intensiva, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção de riscos e doenças, ao tratamento, a recuperação, a manutenção e a reabilitação da saúde.

9.4. O Plano Privado de Assistência à Saúde contratado deverá estar de acordo com o art. 230, §3º, inciso II da Lei nº 8.112/90 e nos termos da Lei nº 9.656/98, observando-se todas as normas expedidas pela ANS, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

10. REDE DE ATENDIMENTO

10.1. Os serviços serão prestados pela rede assistencial da operadora ou seguradora, que compreende a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao

plano contratado, incluindo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de imagem, serviços de diagnóstico por imagem e prontos-socorros, e deverá cobrir, minimamente, todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

10.2. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a recursos hospitalares que disponham de prontos-socorros com atendimento 24 horas por dia e centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos de, no mínimo, baixa e média complexidade, além de clínicas de fisioterapia e psicologia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul: Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Naviraí, Ponta Porã e Três Lagoas.

10.2.1. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços especializados em atendimento obstétrico, pronto-socorro infantil, hemoterapia, unidade de terapia intensiva, hemodiálise e tratamento oncológico nas cidades de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

10.2.2. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços hospitalares de alta complexidade, unidade de terapia intensiva infantil e unidade de terapia intensiva neonatal nas cidades de Campo Grande e Dourados.

10.2.3. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora/seguradora deverá garantir o atendimento nos termos e prazos fixados na Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS e atualizações.

10.3. A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação à contratante, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

11. DOS PRODUTOS (PLANOS DE SAÚDE)

11.1 Serão contratados 02 (dois) Planos Privados de Assistência a Saúde (PPAS), cada um deles perfazendo um lote:

11.1.1. AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **abrangência nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação em **quarto individual (apartamento)**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, e, se a unidade hospitalar dispor, televisão e frigobar (não incluso o consumo).

11.1.2. AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência em todo o Estado de Mato Grosso do Sul** para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos e limitada ao valor máximo de R\$ 169,72 (cento e sessenta e nove reais e setenta e dois centavos) por procedimento, com acomodação para internação em **quarto individual (apartamento)**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, e, se a unidade hospitalar dispor, televisão e frigobar (não incluso o consumo).

12. DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

12.1. Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo plano indicado acima, são aqueles constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, nos termos do art. 15 da RN ANS nº 428/2017, a cobertura relacionada ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, visando assistência clínica e cirúrgica, por intermédio de profissionais, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia próprios, credenciados ou cooperados, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção das doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos e condições ajustados, exclusivamente na área de abrangência contratada. O plano compreende os segmentos **ambulatorial, hospitalar e obstetrícia**.

12.2. **O Plano Ambulatorial** compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- a) Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;
- d) Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, alterada pela Resolução com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;
- e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- f) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, consoante o disposto no art. 21, inciso V da Resolução Normativa ANS nº 428/2017.
- g) Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, para segmentação ambulatorial;

h) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

i) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

j) Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

k) 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;

k.1) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS para a segmentação ambulatorial;

l) 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 segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

m) Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

n) Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, e alterações ou normativas a serem expedidas pela ANS, sem restrição de grau.

12.2.1 Para a **segmentação ambulatorial**, incluem-se, ainda, as coberturas abaixo:

a) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

b) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

c) Embolizações.

12.2.2. As coberturas poderão ser aumentadas, em decorrência de alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e demais normativas expedidas pela ANS e pelos órgãos que regulamentam o setor.

12.3. **O Plano Hospitalar** compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no item 12.3.9 deste documento, observadas as seguintes exigências:

12.3.1. Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

12.3.2. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

12.3.3. Cobertura de transplantes de rim e córnea e os listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, e suas alterações e demais normas da ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora/seguradora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, conforme o artigo 22, IV, alínea “c”, da Resolução Normativa ANS nº 428/2017;

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

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

12.3.5. Cobertura de órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em vigor a época do evento, devendo ser observado:

12.3.5.1. Caberá ao médico ou cirurgião dentista 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 da ANS, vigente à época do evento;

12.3.5.2. O profissional requisitante deverá, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação;

12.3.5.3. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora;

12.3.5.3.1. O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

12.3.6. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, especificamente nos casos de internação de:

a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) Idosos a partir do 60 anos de idade;

c) Pessoas portadoras de deficiências; e

d) Gestante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, por indicação do médico assistente.

12.3.7. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, para a segmentação hospitalar, 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;

12.3.8. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

12.3.8.1. 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 da segmentação hospitalar e plano referência

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

- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 21 da Resolução Normativa nº 428/2017-ANS, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos previstos na Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS, para as segmentações ambulatorial e hospitalar
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos na Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS;
- g) Embolizações listadas nos anexos da Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS; e
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados na Resolução Normativa nº 428/2017, suas alterações e nas demais normativas da ANS, exceto fornecimento de medicação após alta hospitalar.

12.3.10. Cobertura para internações em apartamento com quarto privativo, ressalvadas as hipóteses do local não dispor da acomodação contratada, o qual fica garantido o atendimento mesmo em outra acomodação.

12.3.10.1. Nas internações deverá ser providenciada a guia de internação hospitalar, nas seguintes formas:

a) Previamente para internações eletivas (sem urgência e sem emergência);

b) No prazo de 72 (setenta e duas) horas para internações de urgência e emergência.

12.3.10.2. A internação hospitalar compreende as coberturas das despesas com médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos prescritos pelo médico assistente, e aparelhos necessários ao tratamento ou à cirurgia;

12.3.10.3. Deverá ser dada cobertura para exames complementares indispensáveis para o tratamento e elucidação diagnóstica, bem como, fornecimento de anestésicos, gases medicinais, e outros, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados e ministrados durante o período de internação hospitalar.

12.4. **O Plano Obstétrico** compreende todos os procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

12.4.1. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) Pré-parto;

b) Parto; e

c) Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

12.4.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

12.4.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. A isenção de carência ao recém-nascido no prazo acima, para ingresso no plano da JFMS, independe do cumprimento de carência pelo genitor (mãe ou pai) inscrito no plano.

12.4.4. Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, consoante o disposto no parágrafo único do Art. 23, parágrafo único da RN nº 428/2017 ANS.

12.5. Além dos procedimentos cobertos, descritos nos itens anteriores, deverá ser dada cobertura à cirurgia plástica restauradora de funções de órgãos e regiões, decorrentes de acidentes pessoais e nas situações previstas em normativas da ANS.

12.6. Haverá, ainda, cobertura para 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, conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98.

12.7. **Da cobertura à saúde mental** – transtornos psiquiátricos:

12.7.1. O plano também deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS Nº 428/2017 e nos termos do art. 12, II, da Lei nº 9656/98, com alterações e demais normativas expedidas pela ANS e demais órgãos competentes. A cobertura deve abranger todos os atendimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, compreendendo:

12.7.1.1. Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

12.7.1.2. Custeio integral de de internação em hospital geral para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

12.7.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos, consoante o parágrafo único do art. 10º da RN ANS nº 428/2017.

13. DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

13.1 Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA.
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;
- i) Aviamento de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

l) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;

m) Plano odontológico, previsto na Lei nº 9.656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

n) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência;

o) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência contratual, mesmo nos casos de urgência e/ou emergência;

p) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados com profissionais, laboratórios, clínicas ou hospitais não cooperados/contratados/credenciados à operadora/seguradora contratada, exceto para os casos de urgência e emergência, e consoante o previsto no subitem 13.3;

q) Vacinas;

r) Serviço de enfermagem em caráter particular.

13.2 Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

13.3. Conforme alínea “p” acima descrita, não há cobertura para atendimentos fora da rede credenciada, cooperada ou referenciada, exceto nos casos de urgência e emergência, ou outro caso não previsto, **autorizado** pela contratada.

13.4. Na hipótese de não haver credenciado para consultas, exames ou procedimentos cobertos na localidade onde se encontra o usuário, caberá à contratada proceder à cobertura na forma prevista na RN ANS nº 259/2011 e respectivas alterações.

14. DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

14.1. Em virtude do plano privado de assistência à saúde ser pactuado pelo regime de contratação coletivo empresarial com número de participantes superior a trinta beneficiários, não haverá cláusula de agravo nem cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos beneficiários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, ou que formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo, bem como dos novos magistrados e servidores, e seus dependentes, que formalizarem o pedido de ingresso até 30 dias da data de admissão na JFMS.

14.2. Fica ainda isento do cumprimento de carência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, nos termos do art. 23, inciso III da RN ANS nº 428/2017 e nos itens 4 a 5 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

14.3. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo

beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, nos termos de item 7 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

14.4. Os cônjuges recém-casados, inscritos até 30 (trinta) dias da data do casamento aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo(a) titular, bem como os companheiros que tenham reconhecido sua união estável.

14.5. Com exceção aos itens anteriores, haverá carência apenas para os usuários incluídos após à contratação, conforme definido abaixo:

14.5.1. 60 dias para tomografias e ressonâncias magnéticas;

14.5.2. 90 dias para internações cirúrgicas;

14.5.3. 120 dias para cirurgias cardíacas.

14.5.2. 300 dias para partos a termo;

14.6. O item 14.5 e respectivos subitens deverão observar o disposto na Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

15. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

15.1. A operadora/seguradora poderá estabelecer relação de exames, para os quais haverá a necessidade de autorização prévia da operadora/seguradora, exceto para os casos caracterizados como urgência e emergência e para os discriminados abaixo:

15.1.1. Consultas médicas;

15.1.2. Exames laboratoriais de patologia clínica, considerados simples e de rotina: Hemograma, Glicose, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina, Colesterol total, Colesterol HDL, Triglicerídeos, Urina Tipo 1 EAS e Parasitológico de Fezes;

15.1.3. Radiologia simples sem contraste;

15.1.4. Eletrocardiograma;

15.1.5. Tonometria;

15.1.6. Colposcopia.

15.2. Não será exigida a autorização prévia da operadora/seguradora para o atendimento e a realização de exames em casos caracterizados como urgência e emergência.

15.3. A Contratada deverá providenciar as autorizações com observância aos prazos para atendimento ao usuário, previstos na RN Nº 259/2011 e demais normas da ANS, sob pena de incorrer nas penalidades previstas no item 25.

16. DO REEMBOLSO

16.1. A operadora/seguradora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, quando não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, correspondente ao plano contratado.

16.2. O reembolso de que trata a cláusula anterior será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais relacionados abaixo, de acordo com os valores de tabela praticada pela operadora/seguradora, vigente na data do evento, disponibilizada para fins de consulta em sua sede administrativa.

16.3. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

16.4. Deverá ser entregue à operadora/seguradora, com o pedido de reembolso, a seguinte documentação:

16.4.1. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, a descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

16.4.2. Conta hospitalar discriminando a quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preços por unidade, com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

16.4.3. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos números de CRM, discriminando funções e evento a que se referem;

16.4.4. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

17. DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

17.1. Deverá ser dada a cobertura de remoção inter-hospitalar, por ambulância, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade que realiza o atendimento de urgência e emergência, para a continuidade de atendimento ao usuário ou pela necessidade de internação, nos termos da Resolução CONSU Nº 13/98 e demais normas vigentes.

18. USUÁRIOS: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E EXCLUSÃO

18.1. São usuários do Plano de Saúde os Juízes e Servidores da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, e seus respectivos dependentes e agregados, sendo:

18.1.1. **Usuário TITULAR:** Juízes Federais, em atividade ou aposentados, os servidores do quadro efetivo, ativos ou aposentados, os ocupantes de cargo em comissão, os servidores removidos ou cedidos de outros órgãos públicos ou a outros órgãos, os servidores com lotação provisória na JFMS, vedada a acumulação com o plano de saúde de outro órgão, e os pensionistas, todos vinculados a JFMS.

18.1.2. Usuário DEPENDENTE: Cônjuge ou companheiro(a); filhos(as), biológicos ou adotivos, enteados(as), os menores de 21 anos que estejam sob guarda judicial do titular e os dependentes classificados como especiais (agregados), especificados em Resolução ou Ato órgão contratante.

18.1.2.1. A inclusão de dependentes dependerá da participação do(a) titular no plano de assistência à saúde.

18.2. Não será permitida a cobrança de taxa de inscrição/inclusão ou outras taxas não previstas neste termo.

18.3. A emissão e entrega das Carteiras de Identificação deverá ser realizada para a JFMS no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento da solicitação de inclusão ou do pedido de 2ª via, sem prejuízo do início da utilização dos serviços.

18.4. As inclusões serão encaminhadas pela JFMS à Contratada até o dia 30 de cada mês, para vigorar a contar do primeiro dia do mês subsequente ao protocolo do pedido, exceto nas situações que necessitar de inclusão antecipada tais como: inclusão imediata de recém-nascido ou de titular recém-ingresso na JFMS, quando necessário para não cumprir carência, em virtude dos prazos estipulados pela ANS.

18.5. A JFMS informará à Contratada, até o dia 30 de cada mês, as exclusões de usuários, encaminhando os respectivos cartões de identificação.

18.6. É assegurado ao servidor/magistrado exonerado pela JFMS, sem que haja justa causa, que contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo com o Órgão, o direito de manter temporariamente sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o seu pagamento integral constante em contrato, consoante o art. 30 da Lei 9.656/98.

18.6.1. O período de manutenção após a exoneração será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano de saúde da JFMS, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, no mesmo plano em que se encontrava quando da exoneração, na forma prevista no art. 4 e art. 13, inciso I Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

18.6.2 manutenção temporária do beneficiário ocorrerá no mesmo plano contratado, consoante art. 13, inciso I da RN ANS nº 279/2011, nas mesmas condições e valores constantes do contrato.

18.6.3. A manutenção acima será extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo com a JFMS.

18.6.4. A condição prevista no caput do item 18.6 deixará de existir quando da admissão do titular em novo cargo ou emprego público ou privado ou se mantiver vínculo com órgão ou empresa que possibilite o ingresso do ex-servidor em um plano de assistência à saúde empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão. O direito de manutenção também deixará de existir pelo decurso do prazo previsto no item 18.6.5 e pelo cancelamento pela JFMS do plano de saúde.

18.6.5. O ex-servidor/magistrado, exonerado sem justa causa, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu pedido ou da ciência de sua exoneração, consoante art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

18.6.5.1. A contagem do prazo previsto no item 18.6.4 somente se inicia a partir da comunicação inequívoca sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

18.6.6. O previsto no item 18.6 não se aplica na hipótese de exoneração, vacância ou dispensa, a pedido do magistrado ou servidor.

18.7. Em caso de morte do titular, havendo pensionista, este assumirá a titularidade do plano, com direitos de permanência exclusivos a sua pessoa. Não havendo pensionista, o direito de permanência é assegurado, temporariamente, aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde, consoante art. 30, §3º, da Lei 9.656/98.

18.7.1. Em caso de morte do titular, os dependentes poderão, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, exercer a portabilidade especial de carências no prazo de 60 dias do falecimento, conforme a norma contida no art. 8º, I, da Resolução nº 438/2018 da ANS;

18.7.2. Após o período de permanência temporária descrita no item 18.6.1, o (a)(s) beneficiário(a)(s) será(ão) excluído(s) do plano da JFMS.

18.8. No caso de aposentadoria de servidor cedido/removido para a JFMS, que se aposentaram pelo Órgão de origem ou pelo INSS, a permanência no plano de saúde somente será realizada se houver norma da ANS ou outro de outro órgão competente que assim determine.

18.9. O recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do beneficiário(a), terá cobertura dentro do respectivo plano de saúde, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, prazo necessário à inclusão do dependente em plano de saúde, sem o cumprimento de carência.

18.10. No caso de inclusão de usuários com doenças ou lesões pré-existentes, não será cobrado agravo, nem haverá cobertura parcial temporária.

18.11. Não haverá exclusão de usuários ou impedimento no ingresso do plano de saúde, por doença e lesões pré-existentes.

18.12. Perderá a condição de beneficiário do plano de saúde, o magistrado ou servidor, e seus dependentes, que perder o vínculo com a JFMS, como nos casos de exoneração, demissão, redistribuição de cargos, dispensa de cedidos, ou retorno de removidos, etc, respeitadas as garantias previstas em normas da ANS. Também serão excluídos o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) e os demais usuários incluídos no plano em virtude da relação de parentesco por afinidade. Outras hipóteses de exclusão serão regulamentadas por norma da JFMS ou do TRF3.

19. DOS SERVIÇOS E DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

19.1. Após o recebimento com os nomes dos usuários a serem inscritos, a operadora/seguradora disponibilizará aos usuários, preferencialmente em meio eletrônico, nos prazo máximo de até 15 dias:

a) relação da rede de atendimento, com a indicação de suas especialidades e endereços completos;

b) relação dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

19.2. Não haverá cobrança pela emissão da 1ª via do cartão de identificação e pela emissão dos cartões no caso de renovações contratuais. O usuário pagará à operadora/seguradora o valor máximo de R\$ 10,00 (dez reais) pela emissão de 2ª via do cartão de identificação em caso de extravio, roubo, furto ou inutilização da via original.

19.2.1. Em caso de extravio, roubo ou furto do cartão, o usuário deverá comunicar imediatamente a operadora/seguradora do ocorrido, sendo responsável pelas despesas pelo uso indevido até a data e horário da informação à operadora/seguradora.

19.2.2. Não será cobrada a emissão de 2ª via de cartão por falhas na impressão de dados ou no magnético do cartão, salvo se decorrente de mau uso pelo beneficiário.

19.3. Em caso de atendimento sem o documento de identificação, o usuário deverá solicitar à operadora/seguradora autorização específica para cada atendimento que venha necessitar ou, sempre que possível, permitir o atendimento na rede credenciada/cooperada mediante a apresentação pelo beneficiário de documento público de identificação e fornecimento dos dados do cartão.

19.4. O início de atendimento ao usuário ocorrerá a partir da data de vigência do contrato ou da data de sua inclusão, exceto o recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou do dependente, que terá cobertura imediata até 30 dias subsequentes ao nascimento, pelo cartão da mãe ou pai, inscritos no plano.

19.5 Os cartões assistenciais devem ser individuais, para cada beneficiário (titular/dependente/agregado);

19.6. Nos cartões assistenciais, deverão constar o nome do CONTRATANTE (pessoa jurídica), seu próprio nome e os dados do plano de saúde.

19.7. Os cartões assistenciais deverão ser enviados pela CONTRATADA para as respectivas Subseções Judiciárias, para distribuição local aos beneficiários no endereço da CONTRATANTE.

20. VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1 Prazo de vigência: O presente contrato entrará em vigor na data de sua assinatura, pelo período de 30 meses, podendo ser prorrogado a critério do CONTRATANTE com a concordância expressa da CONTRATADA, mediante Termo Aditivo, até o limite previsto no artigo 57, inciso II da Lei nº 8.666/93 e alterações.

20.2 Termo inicial de contagem do prazo de vigência: a partir da assinatura do Termo de Contrato.

20.3. A prorrogação dependerá de motivação, mediante a constatação de vantagens para a Administração.

20.3.1. a Administração considerará os resultados da pesquisa de satisfação do usuário (item 28) para decidir acerca da prorrogação do contrato.

21. VALOR INDIVIDUAL DO PLANO

21.1. O valor do plano de deverá obedecer aos critérios estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 63/2003 e ao limite previsto neste Termo, conforme abaixo:

21.1.1. Deverá ser obedecido o limite de 5% entre as faixas etárias, a fim de possibilitar a manutenção do quantitativo inscrito;

21.1.2. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas;

21.1.3. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

21.2. Com base nos critérios acima e valores estabelecidos para esta contratação, o valor da mensalidade a ser cobrada pela contratada não poderá exceder aos valores estimados pela Administração.

21.3. A taxa de emissão por 2ª via de cartão não poderá exceder o valor de R\$ 10,00.

21.4. O valor global anual estimativo da presente contratação será composto da seguinte forma:

21.4.1. Montante da despesa anual máxima, inicialmente estimada, tendo por base os preços unitários ofertados na proposta vencedora da licitação; e,

21.4.2. Adicional relativo à projeção de incremento da despesa mensal com os serviços a serem contratados, em decorrência da progressão da faixa etária dos beneficiários, totalizando o incremento anual de 0,2362% do valor previsto no item 21.4.1.

22. DAS QUANTIDADES DE USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS

22.1. A quantidade total de usuários que ingressarão nos planos é de aproximadamente 909, podendo variar conforme as necessidades da JFMS, observados os limites de acréscimo e supressão previstos em lei.

22.2. O critério de valores das mensalidades ocorrerá por faixa etária.

22.3. O quantitativo de usuários do plano de saúde da JFMS, a ser distribuído entre os dois lotes (itens 11.1.1. e 11.1.2.) conforme opção do usuário por faixa etária é o seguinte:

Faixa etária	Quantidade total por faixa etária
0-18	220
19-23	52
24-28	54
29-33	65
34-38	79
39-43	99

44-48	86
49-53	72
54-58	77
59 ou mais	105
Total de usuários em junho/2019: 909 usuários	

23. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

23.1 Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

23.2 Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina;

23.3 Comprovação de que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,65. Será aceita a comprovação documental oficial da classificação, ou a pesquisa na página da ANS.

23.4. Na ocasião da assinatura do Termo de Contrato, será exigido da Licitante vencedora:

23.4.1 Para cada plano, comprovação do registro do(s) produto(s), em vigor, oferecido(s) na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

23.4.2 Na impossibilidade de apresentação do documento de inscrição definitiva até o dia da assinatura do contrato, a LICITANTE vencedora deverá apresentar o protocolo de sua solicitação e justificar o fato para análise e deliberações do CONTRATANTE.

24. ENCARGOS DAS PARTES

24.1 Obrigações do CONTRATANTE:

24.1.1. Comunicar à operadora/seguradora as inclusões e exclusões que vierem a ocorrer durante a vigência do contrato, nos prazos estabelecidos.

24.1.2. Efetuar o pagamento mensal à contratada mediante a entrega da Nota Fiscal devidamente atestada pelo gestor do contrato, nas condições e preços pactuados;

24.1.3. Fiscalizar a execução do contrato, bem como as obrigações assumidas pela operadora/seguradora e as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação. A fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato por parte do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada.

24.1.4. Notificar à contratada qualquer ocorrência considerada irregular, aplicando, conforme o caso, eventuais penalidades;

24.1.5. Prestar os esclarecimentos solicitados pela contratada, atinentes ao objeto deste Termo de Referência.

24.2 Obrigações da CONTRATADA:

24.2.1 ABORDAGEM DOS TRATAMENTOS EM CURSO

a) Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do Contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião. Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do Contrato, em hospital sem cobertura no novo plano contratado, deverão ser transferidos para um hospital da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção inter-hospitalar, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste no Contrato vigente.

b) Nas hipóteses de autorização de transporte pelo médico assistente, devidamente justificadas, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, o CONTRATANTE e a CONTRATADA não se responsabilizarão pelas respectivas despesas.

c) Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de implantação do novo plano, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo recurso hospitalar no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados do novo Contrato.

d) Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de home care, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, desde que com a devida indicação médica, podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços de home care.

e) Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 semanas no início da vigência do Contrato, com o mesmo médico assistente, se este aceitar negociação com a CONTRATADA e se esta for a opção da gestante.

f) Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso (ex. ciclos de quimioterapia), deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo serviço, permitindo-se o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

g) Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

24.2.2 OBRIGAÇÕES ADMINISTRATIVAS DA CONTRATADA

a) A CONTRATADA deverá manter central de atendimento telefônico 24 horas para atendimento à distância aos beneficiários da SJMS, com funcionários que tenham acesso às especificidades do Contrato.

b) Não será permitida a cobrança de taxa de adesão aos planos.

c) A CONTRATADA deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, sendo disponibilizado acesso ou relatórios aos gestores e fiscais dos Contratos indicados pela SJMS.

d) A CONTRATADA deve dispor de serviço de divulgação da rede credenciada atualizada, através da Internet. Não serão exigidos manuais impressos, em consonância com o Plano de Logística Sustentável (PLS-JF3R), instituído pela Resolução nº 45/2016-PRES, de acordo com a Resolução nº201/2015-CNJ.

e) A CONTRATADA deverá disponibilizar por via eletrônica, extratos de utilização individual e familiar, quando solicitados pelo CONTRATANTE ou pelo beneficiário.

f) Todas as correspondências e solicitações, inclusive via e-mail, enviadas pela SJMS, deverão ser respondidas através de ofício ou e-mail no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

g) Todos os procedimentos e custos concernentes à implantação dos novos planos serão da responsabilidade da CONTRATADA, incluindo-se o cadastro dos beneficiários, a confecção dos cartões assistenciais e os ajustes necessários para a migração de dados.

24.2.3 OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

a) A CONTRATADA fica obrigada a manter, durante toda a vigência do Contrato, o quantitativo e o nível de qualidade da rede credenciada, inclusive dos hospitais, informados por ocasião da apresentação da proposta, sob pena de rescisão contratual.

b) Fica vedado à CONTRATADA determinar o atendimento em serviço próprio (ambulatórios, clínicas, hospitais) ou de empresas controladas ou coligadas.

b.1) Esta proibição inclui direcionamento e/ou transferência para rede própria, exceto em localidades onde essa seja a única opção de atendimento, ou que seja da livre escolha do usuário;

b.2) Nos casos de internações de urgência ou emergência, deverá ser comprovada, por meio de declaração do recurso credenciado, a inexistência de vagas nos hospitais de escolha do beneficiário, para que seja oferecido atendimento em rede própria.

c) Durante a execução do Contrato, toda e qualquer exclusão ou inclusão de novos recursos hospitalares e/ou laboratoriais da rede credenciada deverá ser previamente analisada e autorizada pelo CONTRATANTE.

d) A CONTRATADA deverá possibilitar aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) do CONTRATANTE o acesso às faturas por meio físico ou eletrônico, com discriminação das despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, conforme parâmetros a serem definidos pelo CONTRATANTE, no período de 12 meses de análise, para fins de reajuste.

e) A contratada deverá emitir justificativa fundamentada, por escrito, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sempre que solicitada pelo beneficiário do serviço em face de negativa de autorização para procedimentos, exames, etc.

24.2.4. PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO

a) A autorização para procedimentos e internações deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa nº 259 da ANS, de 17/06/2011 e alterações posteriores.

Caso os prazos sejam ultrapassados, a CONTRATADA deverá apresentar as devidas justificativas aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) da Justiça Federal designados pela Administração, quando solicitado pelo CONTRATANTE, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

b) No caso da inexistência ou indisponibilidade de profissional ou recurso credenciado na especialidade no município pertencente à área geográfica de abrangência e atuação do plano, a CONTRATADA deverá providenciar o transporte e o atendimento na rede credenciada mais próxima que ofereça o recurso necessário. Na hipótese do beneficiário arcar com os custos do atendimento, aplicar-se-á os termos do artigo 9º da Resolução Normativa nº 259 da ANS, de 17/06/2011, alterada pela de nº 268, de 01/09/2011, devendo o reembolso integral, inclusive do transporte, ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de protocolo do recibo, ficando expressamente proibida a inclusão dos custos na sinistralidade.

c) A CONTRATADA deverá processar e pagar o reembolso apenas das despesas médicas mencionadas no item acima, referentes aos serviços prestados por instituições hospitalares e outros recursos não-credenciados, quando aplicável, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data de protocolo.

25. SANÇÕES

25.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520/2002, o licitante/adjudicatário que:

25.1.1. não assinar a Ata de Registro de Preços e/ou Termo de Contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;

25.1.2. apresentar documentação falsa;

25.1.3. deixar de entregar os documentos exigidos no certame;

25.1.4. ensejar o retardamento da execução do objeto;

25.1.5. não manter a proposta;

25.1.6. cometer fraude fiscal;

25.1.7. comportar-se de modo inidôneo;

25.1.7.1 Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quanto ao enquadramento como ME/EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da fase de lances.

25.2. O licitante/adjudicatário que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens anteriores ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

25.2.1. Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante;

25.2.2. Impedimento de licitar e de contratar com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos.

25.3. Na aplicação das penalidades devem ser consideradas as seguintes circunstâncias:

- a) a natureza e a gravidade da infração contratual;
- b) os danos que o cometimento da infração ocasionar ao serviço e aos usuários;
- c) a vantagem auferida em virtude da infração;
- d) as circunstâncias gerais agravantes e atenuantes; e
- e) os antecedentes da CONTRATADA.

25.4. Na inexecução parcial ou total do Contrato, sempre por circunstância que lhe seja imputável, a CONTRATADA estará sujeita à aplicação das seguintes penalidades, garantida a prévia defesa, em conformidade com os artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/1993 ou com o artigo 7º da Lei nº 10.520/02:

- a) advertência;
- b) multa moratória, excluída a hipótese prevista no item 29 do Termo de Referência (IMR - atraso), de:
 - b.1) 0,2% (dois décimos por cento) ao dia, limitada a 3% (três por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 15 dias.
 - b.2) 0,3% (três décimos por cento) ao dia, nos atrasos superiores a 15 (quinze) dias, limitada a 7,5% (sete e meio por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 25 (vinte e cinco dias).
- c) multa **compensatória** de até 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, pela inexecução total ou parcial do Contrato, casos em que a Administração poderá aceitar ou rejeitar o serviço, total ou parcialmente, e, se entender conveniente, formalizar a rescisão unilateral do Contrato, conforme dispõem os incisos I e II do artigo 78 da Lei nº 8.666/1993;
- d) multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato, em caso de descumprimento total da obrigação assumida;
- e) **suspensão temporária** do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, pelo prazo que a mesma fixar e que será arbitrado de acordo com a natureza e a gravidade da falta, respeitado o limite de 02 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação das multas previstas em Edital e no Contrato e das demais cominações legais;
- f) **impedimento de licitar e de contratar** com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no Edital e no Contrato;
- g) **declaração de inidoneidade** para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida

sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.

25.5. Em caso de apuração de falta contratual, o valor da multa aplicada será:

25.5.1. retido dos pagamentos devidos pela Administração, após regular procedimento de apuração de falta contratual;

25.5.2. pago por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU;

25.5.3. descontado do valor da garantia prestada, quando houver; ou

25.5.4. cobrado judicialmente.

25.6. Para determinar a reincidência, serão considerados os antecedentes da CONTRATADA durante a vigência desta contratação, devendo o descumprimento se referir a uma mesma obrigação contratual.

25.6.1. Caracterizada a reincidência, o valor da multa será majorado em até 1/3, levando-se em consideração o número de reiterações e sua gravidade.

25.7. No caso de a infração causar prejuízo à Administração, e este prejuízo exceder o valor da multa compensatória, a Administração poderá exigir indenização suplementar. Nessa situação a sanção de multa valerá como princípio de pagamento, competindo à Administração provar o prejuízo.

25.8. No caso de não recolhimento do valor da multa por GRU, dentro do prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data da intimação, a importância será descontada da garantia prestada ou cobrada judicialmente, consoante o §3º do art. 86 e § 1º do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

25.9. As sanções de advertência, suspensão temporária do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, impedimento para licitar e contratar com a União e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com a de multa.

25.10. Se o descumprimento consistir na perda das condições de habilitação, a Administração concederá o prazo de 30 (trinta) dias para a empresa regularizar a sua situação, sem cominação de penalidade para o período;

25.10.1. Não regularizando sua situação no prazo de 30 (trinta) dias, poderá ser aplicada a penalidade de multa à empresa no importe de 1% (um por cento), ao dia, sobre o valor atualizado do Contrato ou sobre a parcela entregue e pendente de regularização, limitada a 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato e, a critério da Administração, o Contrato poderá ser rescindido.

25.11. A atualização de valores, para efeito de aplicação de multa, será efetivada com base na variação do **IPCA-E/IBGE**, apurada a partir do mês correspondente à data limite para a apresentação da Proposta Comercial até o mês imediatamente anterior à ocorrência do fato.

25.11.1. Nos casos em que houver repactuação ou reajuste de preços, a data inicial, para fins de atualização do valor, será a data em que tiver início a vigência da repactuação ou do reajuste.

25.12. As penalidades previstas no Contrato não poderão ser relevadas, salvo quando ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou caso fortuito.

25.13. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666/93 e na Lei nº 9.784/99.

25.14. As penalidades aplicadas à CONTRATADA, após regular procedimento de apuração de falta, serão registradas no SICAF.

25.15. As comunicações derivadas de processo administrativo de penalidade serão realizadas, em regra, por via eletrônica, competindo ao Licitante/Contratada informar seu endereço de e-mail juntamente com sua Proposta Comercial.

25.16 A confirmação do recebimento da correspondência eletrônica deverá se dar no prazo de 1 (um) dia útil, findo o qual, sem manifestação do Licitante/Contratada, considerar-se-á como realizada e recebida a comunicação

26. DO GERENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

26.1. Não obstante a contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, a contratante se reserva ao direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, por intermédio do fiscal do contrato.

26.2. A existência de fiscalização por parte do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada por quaisquer irregularidades na execução dos serviços assumidos, nem perante terceiros, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios e, na ocorrência destes, não implica a corresponsabilidade da contratante ou de seus agentes.

26.3. A ação ou a omissão, total ou parcial, por parte da fiscalização da SJMS, não eximirá a contratada da total responsabilidade pela execução dos serviços contratados.

26.4. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual compreenderão o conjunto de ações com o objetivo aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para o serviço contratado, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente à repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções e extinção do contrato, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.

26.5. A fiscalização e o gerenciamento do Contrato serão efetuados pela unidade fiscalizadora do Contratante, a ser designada pela Administração.

27. RECEBIMENTO DO OBJETO

27.1. - O objeto será recebido:

27.1.1. provisoriamente, pelo fiscal técnico, mensalmente, mediante termo circunstanciado assinado pelas partes, até o 5º dia útil após o recebimento do documento de cobrança;

27.1.2. - definitivamente, pelo gestor, mediante termo circunstanciado assinado pelas partes, após o decurso do prazo para observação ou vistoria que comprove a adequação do objeto aos termos contratuais, não superior a 90 (noventa) dias, conforme art. 73, § 3º, da Lei nº 8.666/93, observado o disposto no art. 69 da mesma Lei.

27.2. O fiscal do contrato deverá:

27.2 receber demandas de servidores e avaliar sua pertinência, considerando sempre a indicação técnica (médica) e o estabelecido no Contrato.

27.2 conferir custo e receita para o cálculo do índice de sinistralidade que poderá impactar em reajuste contratual.

27.2 conferir, do ponto de vista documental, a utilização dos beneficiários que geraram maiores custos.

27.3. Ao gestor do contrato caberá a conferência mensal da documentação necessária para liquidação das despesas e sua efetivação.

28. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA ADEQUAÇÃO

28.1 O fiscal do contrato realizará uma pesquisa semestral de satisfação do usuário, cujo objetivo será aferir os resultados da prestação, a adequação e qualidade dos recursos materiais e os procedimentos utilizados pela contratada e, quando for o caso, outro fator determinante para a avaliação dos aspectos qualitativos do objeto, no termos do Anexo 2 deste Termo de Referência (DOC [4917071](#)).

28.2 Os dados obtidos serão tabulados e os serviços serão classificados da seguinte maneira:

I) Excelentes (de 89 a 100 pontos);

II) Bons (de 59 a 88 pontos);

III) Regulares (de 35 a 58 pontos);

IV) Insatisfatórios (igual ou inferior a 34 pontos).

28.3. Os resultados da pesquisa serão divulgados para o público interno e para a contratada no mês subsequente ao de sua realização.

28.4. A Contratada tomará ciência e, caso o resultado seja regular ou insatisfatório, deverá propor medidas para sanar os problemas eventualmente indicados, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

29. ÍNDICE DE MEDIÇÃO DE RESULTADOS (IMR)

29.1 O Instrumento de Medição de Resultado - IMR visa estabelecer critérios de aferição de resultados da contratação, definindo, em bases compreensíveis, tangíveis, objetivamente observáveis e comprováveis, os níveis esperados de qualidade da prestação do serviço e respectivas adequações de pagamento desta contratação.

29.2. O Instrumento de Medição de Resultado – IMR será aplicado pelo fiscal do contrato mensalmente.

29.3. Serão monitorados pelo fiscal para mensuração dos resultados da prestação do serviço os seguintes indicadores:

a) cumprimento dos prazos previstos no art. 3º da Resolução nº 259/2011 da ANS para garantia do acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias (item 16.2) para efetivação de reembolso ao beneficiário, quando cabível;

c) cumprimento do prazo para atendimento (item 24.2.2. "f") das solicitações da contratante;

d) cumprimento do prazo para emissão de cartão de identificação do usuário (item 18.3);

e) cumprimento do prazo contido no item 24.2.3. "e" (emissão de justificativa fundamentada para negativa de autorizações).

29.4 A contratada terá a qualidade dos serviços prestados medidos por meio do IMR desde o início da execução do contrato, contudo, para permitir adequação ao sistema de avaliação, os efeitos financeiros do descumprimento do IMR serão aplicados em 03 etapas:

29.4.1 Fase Inicial (primeiros 30 dias do efetivo início da execução): os resultados serão apenas medidos (IMR) e apresentados à contratada, sem que haja a aplicação do sistema de ajustes de pagamentos (redutores);

29.4.2 Fase de Transição (do 31º a 90º dia do efetivo início da execução): Os resultados serão medidos (IMR) e apresentados à contratada, contudo, os ajustes financeiros de pagamento (redutores) serão aplicados à razão de 50% das faixas previstas neste documento;

29.4.3 Fase de Aplicação (após o 91º dia do efetivo início da execução): ocorrerá a aplicação integral dos ajustes financeiros de pagamento (redutores), conforme as faixas previstas neste documento.

29.4.4 Em caso de prorrogação contratual não será aplicada a sistemática de adaptação prevista nos itens 29.4.1. e 29.4.2.

29.5. O não cumprimento pela CONTRATADA das obrigações elencadas no item 29.3. deste Termo de Referência, acarretará em desconto no pagamento da fatura, de acordo com o número registrado de ocorrências apuradas, devidamente comprovadas, no período do primeiro até o último dia de cada mês.

29.6. O valor pago pelos serviços efetivamente prestados a cada mês será ajustado ao resultado da avaliação do serviço (IMR) na seguinte proporção:

a) Isento – de 00 a 05 ocorrências;

b) Desconto de 1% - de 06 a 15 ocorrências;

c) Desconto de 3% - de 16 a 25 ocorrências;

d) Desconto de 5% - de 25 a 30 ocorrências;

e) A partir da 31ª ocorrência, a CONTRATADA estará sujeita, além do desconto de 3% sobre a fatura, à penalização conforme o Contrato.

29.6. A CONTRATADA será notificada até o quinto dia útil do mês subsequente ao mês da apuração de ocorrências, acerca de eventuais descumprimentos de obrigações no tocante ao IMR.

29.7. A CONTRATADA poderá apresentar, em 05 dias úteis da data da notificação, manifestação acerca das ocorrências relatadas.

29.7.1. Quando oferecida, O CONTRATANTE deverá analisar a manifestação da CONTRATADA e comunicá-la acerca de eventuais glosas.

29.7.2. A CONTRATANTE poderá aceitar pela as justificativas da CONTRADA, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle da contratada, excluindo-se, no todo ou em parte, a aplicação do item 29.6.

29.8. Respeitado o procedimento administrativo, que assegurará o contraditório e ampla defesa, a contratada poderá ser penalizada com a rescisão contratual nas seguintes condições:

29.8.1 Em caso de reincidência de penalizações com o desconto de 3% (três por cento) durante a vigência do contrato (anual), se houver;

29.8.2 Em caso de reincidência de penalizações o desconto de 2% (dois por cento) por mais de 3 (três) vezes durante a vigência do contrato (anual), se houver;

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

29.10. O IMR vinculará o pagamento dos serviços aos resultados alcançados, em complemento à mensuração dos serviços efetivamente prestados, não devendo as adequações de pagamento, originadas pelo descumprimento, serem interpretadas como penalidades ou multas.

29.11. O valor descontado do faturamento, decorrente da aplicação do IMR, não comporá a receita para fins de apuração da sinistralidade.

30. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

30.1 Fonte de Recursos: O custeio da contratação é feito em parte pelos recursos orçamentários da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul e em parte pelos beneficiários titulares cadastrados, mediante desconto em folha de pagamento.

30.1.1. JFMS:

I) Unidade/Gestão: 090015/00001

II) Programa de Trabalho: 02301056920040001

III) Elemento de Despesa: 339039-50 (serviço médico-hospitalar, odontológico)

IV) Fonte: 0100000000

31. FORMA DE FATURAMENTO

31.1. Conforme disposto no Edital de Licitação.

32. FORMA DE PAGAMENTO

32.1. Conforme disposto no Edital de Licitação.

33. REAJUSTE DE PREÇOS

33.1. Ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária de usuário, os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 01 (um) ano, nos termos dos §1º e o §3º, art. 2º, da Lei nº 10.192/01.

33.2. Não haverá reajuste anual automático de preços vinculado a qualquer índice setorial ou específico.

33.3. A cada período de 12 (doze) meses vigência do contrato será perscrutada a necessidade de revisão dos valores avençados.

33.3.1. Será admitido, no mês de aniversário do contrato, o reajuste dos preços convencionados quando a sinistralidade for calculada em percentual superior a 75% (setenta e cinco por cento).

33.3.2. Incumbirá à contratada a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

33.3.3. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período, conforme a seguinte fórmula: **$S = (DA-RC)/R$** , onde:

S = Sinistralidade;

DA = Despesas Assistenciais;

RC = Recuperações de coparticipação;

R = Receitas.

33.3.4. Serão consideradas para o cálculo da sinistralidade como:

I) Despesas Assistenciais **(DA)**: todos os dispêndios de utilização do plano de saúde, efetuados pelos beneficiários, entre eles, honorários médicos, insumos, procedimentos médicos, internações, taxas, medicamentos, etc, durante o período apurado, inclusive eventuais ressarcimentos realizados pela Operadora ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários do plano no serviço público;

II) Recuperações de Coparticipação **(RC)**: o valor total de pagamentos de coparticipação efetuados por beneficiários do plano de saúde no período apurado;

III) Receitas **(R)**: os valores relativos às mensalidades dos usuários remunerados à operadora do plano de saúde/seguradora por conta da prestação de serviço no período apurado.

33.3.5. Não será permitida a inclusão dos valores da PEONA (Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados) no cálculo da sinistralidade.

33.4. Atendido o critério estabelecido no item 33.33, o **índice de reajuste** a ser aplicado será apurado conforme a seguinte fórmula: **$R = S/S_m$** , onde:

R = índice de reajuste;

S = sinistralidade do período - 12 meses - apurada nos termos do item 33.3.2;

S_m= meta de sinistralidade - 75%.

33.5. Não serão aceitos percentuais de reajustes diferenciados entre as faixas etárias.

33.6. Os valores das mensalidades/tabela de preços para as novas adesões serão reajustados, na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo, independente da data de inclusão.

33.7. O encerramento do contrato ou sua prorrogação sem a formalização do pedido de reajuste acarretará a preclusão do direito ao reajuste.

34. DEMANDAS JUDICIAIS

34.1. Todos os tratamentos, internações, atendimentos, procedimentos, fornecimento de medicamentos não previstos em Contrato e obtidos por meio de ação judicial, assim como seu andamento, deverão ser comunicados em até 05 (cinco) dias úteis aos gestores do Contrato da SJMS, indicando a respectiva composição do custo, com o detalhamento dos valores com cobertura contratual e acréscimos decorrentes da demanda.

ANEXO 1 - MODELO DE ORDEM DE SERVIÇO

Ordem de Serviço Nº ____, DE __ DE ____ DE 20__.

CONTRATO: _____

OBJETO: O objeto da presente operação consiste na contratação de empresa para **prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes do Termo de Referência Anexo ____ do Edital do Pregão Eletrônico nº ____-JF/MS.

Pela presente Ordem de Serviço, fica a empresa ____, inscrita no CNPJ sob nº ____, estabelecida na ____, **AUTORIZADA a iniciar os serviços** de que trata o Contrato nº ____, assinado em ____, respeitadas as condições, especificações e prazos constantes do Termo de Referência – Anexo ____ do Edital do Pregão Eletrônico nº ____, constante do Processo SEI nº ____, **a partir de** _____.

Justiça Federal - MS

ANEXO 2 - PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM USUÁRIO

Vide documento nº [4917071](#)

ANEXO II – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019 MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

01 – NOME DA EMPRESA:

02 – NÚMERO DO CNPJ:

03 – ENDEREÇO:

04 – BAIRRO:

CIDADE/UF:

CEP:

05 – FONE: ()

FAX: ()

06 – NOME PARA CONTATO:

07 - E-MAIL PARA COMUNICAÇÕES RELATIVAS À CONTRATAÇÃO:

NOTA: AS COMUNICAÇÕES FEITAS PELO CONTRATANTE EM DECORRÊNCIA DESTA CONTRATAÇÃO OU DE EVENTUAIS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS A ELA INERENTES, INCLUSIVE AS RELATIVAS AO INFORME DE RENDIMENTOS ANUAL (CONFORME PREVISÃO CONTIDA NO ARTIGO 37 DA INSRF Nº 1234/2012, EM SE TRATANDO DE PESSOA JURÍDICA, E NO § 3º, DO ARTIGO 3º DA INSRF Nº 1.215/2011, NO CASO DE PESSOA FÍSICA), SERÃO REALIZADAS, EM REGRA, POR VIA ELETRÔNICA, NO CORREIO ELETRÔNICO ACIMA INDICADO, DEVENDO O CONTRATADO MANTÊ-LO ATUALIZADO.

08 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: conforme Edital

09 – VALIDADE DA PROPOSTA: _____ (_____) dias

Mínima de 60 (sessenta) dias, a partir da apresentação.

10 – PRAZO DE ENTREGA: Conforme termo de referência

11 – CONTA CORRENTE Nº

12 – NOME DO BANCO:

Nº DO BANCO:

13 – NOME DA AGÊNCIA:

Nº DA AGÊNCIA:

14 – DOCUMENTO DE COBRANÇA: DEVERÁ CONSTAR OBRIGATORIAMENTE NO CORPO DO DOCUMENTO FISCAL, O NÚMERO DA NOTA DE EMPENHO A QUE ESTE SE REFERE, BEM COMO OS DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA.

Declaramos que examinamos, conhecemos e nos submetemos a todas as condições contidas no Edital deste Pregão, bem como verificamos todas as especificações nele contidas, não havendo discrepância entre quaisquer informações ou documentos que dele fazem parte, e

estamos cientes de todas as condições que possam de qualquer forma, influir nos custos, assim como qualquer despesa relativa à realização integral de seu objeto, assumindo total responsabilidade pelas informações, bem como pelos erros ou omissões, contidas tanto no formulário proposta, como em seus anexos.

Declaramos, para fins do disposto no artigo 1º da Resolução nº 9, de 06 de dezembro de 2005, da Presidência do Conselho Nacional de Justiça, que não empregamos cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, de ocupantes de cargos de direção e de assessoramento, de membros ou juizes vinculados à Contratante, e que estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Declaramos, ainda, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para nossa contratação no presente processo licitatório, e estamos cientes da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

PARA MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE:

Declaramos, ainda, sob as penas da Lei, que somos () Microempresa () Empresa de Pequeno Porte, na forma da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

Local, / /2019.

Assinatura: _____

Nome:

RG:

CPF:

Cargo:

ANEXO II – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019 MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL (CONTINUAÇÃO)

LOTE 01 – AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **abrangência nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, sem coparticipação, conforme subitem 11.1.1 do Termo de Referência.

Faixa etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	74				
19-23	11				
24-28	17				
29-33	26				
34-38	34				
39-43	34				
44-48	29				
49-53	21				
54-58	22				
59 ou mais	31				
Valores Totais do Lote 1					

Taxa de emissão por **2ª via de cartão: R\$**

LOTE 02 – AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência em todo o Estado de Mato Grosso do Sul** para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, admitida a coparticipação máxima de 50%, conforme subitem 11.1.2 do Termo de Referência.

Faixa etária	Quantidade de beneficiários	Valor da mensalidade por beneficiário	Valor mensal	Valor anual	Valor 30 meses
0-18	146				
19-23	41				
24-28	37				
29-33	39				
34-38	45				
39-43	65				
44-48	57				
49-53	51				
54-58	55				
59 ou mais	74				
Valores Totais do Lote 2					

Taxa de emissão por 2ª via de cartão: R\$

OBS: A taxa de emissão não será incluída no valor do lance, devendo ser apresentada na proposta comercial.

Local e data

Assinatura: _____

Nome:

RG:

CPF:

Cargo:

ANEXO III – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À HABILITAÇÃO

1 - HABILITAÇÃO JURÍDICA

1.1- Prova de registro, na Junta Comercial ou repartição correspondente, em se tratando de **EMPRESÁRIO**.

1.2- CONTRATO SOCIAL OU ESTATUTO, EM VIGOR, DEVIDAMENTE REGISTRADO:

1.2.1- SOCIEDADES EMPRESARIAIS: Contrato Social Consolidado ou Contrato de Constituição e última alteração. Admitir-se-á Certidão Simplificada da Junta Comercial em substituição à última alteração;

1.2.1.1- Em se tratando de **SOCIEDADE POR AÇÕES**: Estatuto Social acompanhado de documentos de eleição de seus administradores ou da respectiva publicação.

1.2.2- SOCIEDADES COOPERATIVAS:

1.2.2.1 Estatuto devidamente registrado na Junta Comercial, bem como a Ata de Assembleia de eleição dos dirigentes, com poderes de administração, devidamente arquivada no órgão competente.

1.2.2.2 Registro na Organização das Cooperativas Brasileiras da região a que estiver vinculada, conforme artigo 107 da Lei nº 5764/71.

Obs.: Serão consideradas cooperativas para os fins desta licitação, nos termos do art. 4º da Lei nº 5764/71, aquelas:

- a) cujo exercício da atividade se dê pelos próprios cooperados e não por trabalhadores empregados;
- b) cujo capital social seja variável, representado por quotas partes, intransferíveis a terceiros estranhos à sociedade;
- c) cujo voto dos cooperados na Assembleia Geral seja singular, exceto no caso do inc. V do art. 4º da Lei supra mencionada;
- d) cujo quórum para instalação e deliberação da Assembleia Geral seja baseado no número de cooperados e não no capital;
- e) cuja Assembleia Geral, nos termos do estatuto, detenha poderes deliberativos sobre todos os interesses da sociedade, bem como poderes de revisão sobre os atos da diretoria, devendo esta condição ser comprovada mediante a apresentação do estatuto em vigor e ata da última Assembleia Geral;
- f) indivisibilidade dos Fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social.

1.2.2.3 Na hipótese de participação de Cooperativas, deverão ser apresentadas, sob pena de inabilitação, certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS referentes a todas as Cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços (Acórdão 306/06 – TCU - 1ª Câmara e Acórdão 668/05 – TCU - Plenário). Deverão, ainda, apresentar o manual de intercâmbio ou documento similar que confirme a existência de compromisso de relacionamento com outra(s) cooperativa(s) para prestação de serviços fora de sua área de competência.

1.3- Decreto de autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

2 - REGULARIDADE FISCAL

2.1 - Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.

2.2 - Prova de regularidade para com as Fazendas:

2.2.1 – FEDERAL - CERTIDÃO CONJUNTA NEGATIVA (OU POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA) DE DÉBITOS RELATIVOS A TRIBUTOS FEDERAIS E A

DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, administrados pela Secretaria da Receita Federal, devidamente válida;

2.2.2- MUNICIPAL - Certidão de regularidade quanto à Fazenda Municipal.

2.3 - CERTIDÃO DE REGULARIDADE DO FGTS (CRF), devidamente válida, emitida pela Caixa Econômica Federal, que comprove inexistência de débito perante o FGTS;

2.4 - Certidão Negativa (ou Positiva com Efeitos de Negativa) de Débitos Trabalhistas – CNDT (Lei nº 12.440/2011) relativa à inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

3 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

3.1 Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.2 Nos termos do artigo 30, inciso II, da Lei nº 8.666/93, comprovação de capacidade para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação, seja como contratada principal ou subcontratada. O atestado deve mostrar que o licitante executa ou executou serviços de natureza similar ou equivalente ao objeto contratado.

3.2.1 Justifica-se a solicitação de atestado de capacidade técnica, tendo em vista a complexidade do objeto a ser contratado e a necessidade de comprovação de prestação de serviços similares de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia de qualidade.

3.3 Comprovação de que sua classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,65. Serão aceitos a comprovação documental oficial da classificação ou a pesquisa na página da ANS.

3.4. Comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

3.5. Na ocasião da assinatura do Termo de Contrato, será exigido da Licitante vencedora:

3.5.1 Para cada plano, comprovação do registro do(s) produto(s), em vigor, oferecido(s) na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.5.2 Na impossibilidade de apresentação do documento de inscrição definitiva até o dia da assinatura do contrato, a LICITANTE vencedora deverá apresentar o protocolo de sua solicitação e justificar o fato para análise e deliberações do CONTRATANTE.

4 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

4.1 - DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DO ÚLTIMO EXERCÍCIO SOCIAL:

4.1.1- SOCIEDADES ANÔNIMAS: Balanço Patrimonial, Demonstrações do Resultado do Exercício e Notas Explicativas, de acordo com a Lei nº 6.404 de 15 de dezembro de 1976, devidamente publicados.

4.1.2- SOCIEDADES LIMITADAS: Balanço Patrimonial, Demonstrações do Resultado do Exercício e Termos de Abertura e Encerramento, **CÓPIAS OBRIGATORIAMENTE EXTRAÍDAS DO LIVRO DIÁRIO**, devidamente registrado na Junta Comercial ou em

outro órgão equivalente. O Balanço Patrimonial e as Demonstrações do Resultado do Exercício deverão trazer obrigatoriamente as assinaturas do(s) sócio(s) e do contador ou de outro profissional equivalente, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade.

4.1.3- Observações quanto às demonstrações contábeis:

4.1.3.1- Somente serão aceitas as Demonstrações Contábeis do encerramento do exercício social, conforme descrito no respectivo Contrato ou Estatuto Social;

4.1.3.2- As empresas constituídas no presente Exercício deverão apresentar Balanço Provisório, do período compreendido entre a constituição da empresa até o mês anterior à entrega da documentação para esta Licitação. O Balanço Provisório deverá trazer obrigatoriamente as assinaturas do(s) sócio(s) e do contador ou outro profissional equivalente, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade;

4.1.3.3- A situação financeira mínima exigida será aferida pelos seguintes quocientes:

a- Liquidez Corrente: $\text{ATIVO CIRCULANTE} / \text{PASSIVO CIRCULANTE} > \text{ou} = 1$

b- Liquidez Geral: $\text{ATIVO CIRCULANTE} + \text{REALIZÁVEL A LONGO PRAZO} / \text{PASSIVO CIRCULANTE} + \text{PASSIVO NÃO CIRCULANTE} > \text{ou} = 1$

c- Solvência Geral : $\text{ATIVO TOTAL} / \text{PASSIVO CIRCULANTE} + \text{PASSIVO NÃO CIRCULANTE} > \text{ou} = 1$

Ou patrimônio líquido equivalente a 10% do valor total estimado da contratação.

4.2 - Não será habilitado o licitante que se encontrar sob Regime de Liquidação Extrajudicial ou em falência, o que será verificado por esta Justiça Federal no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

OBSERVAÇÕES:

1- Havendo na localização da sede do licitante mais de um distribuidor, deverá ser apresentada uma Certidão de cada distribuidor.

5 - DECLARAÇÃO

5.1 – Declaração que a empresa está cumprindo o disposto no Inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, (conforme Modelo em anexo).

=====

OBSERVAÇÕES GERAIS

1. As Certidões que não trouxerem expresso o prazo de validade, considerar-se-á 06(seis) meses da data da sua expedição.
2. Os documentos necessários poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia (ABSOLUTAMENTE LEGÍVEL) autenticada por Cartório ou por servidor deste Órgão em confronto com o original, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

3. A comprovação de que o Representante tem poderes para assinar pela empresa deverá ser feita por meio de Estatuto/Contrato Social ou Procuração.

=====

ANEXO IV – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019
MODELO DE DECLARAÇÃO DO MENOR

MODELO:
EMPREGADOR PESSOA JURÍDICA

(Papel timbrado)
D E C L A R A Ç Ã O

Ref.: (identificação da licitação)

....., inscrito no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de /1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Local e Data

Representante Legal

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

ANEXO V
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 07/2019
MINUTA DO TERMO DE CONTRATO

CONTRATO Nº xx/2019 - DFORMS/SADM-MS/NULF/CPGR-SUGC

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-AMBULATORIAL E HOSPITALAR, COM OBSTETRÍCIA, QUE ENTRE SI CELEBRAM A **JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU EM MATO GROSSO DO SUL** E A EMPRESA **xx (CNPJ: xx)**..

A UNIÃO FEDERAL, por intermédio da JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU EM MATO GROSSO DO SUL, com sede à Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, n.º 128, Parque dos Poderes, Campo Grande/MS, inscrita no CNPJ sob o n.º 05.422.922/0001-00, adiante denominada CONTRATANTE, neste ato representada Juiz Federal Diretor do Foro, designado pelo Ato nº 3701, de 8/3/2018, da Presidência do Egrégio Conselho da Justiça Federal da Terceira Região, e, de outro lado, a empresa xx, adiante denominada CONTRATADA, estabelecida à xx (endereço completo), inscrita no CNPJ sob o n.º xx, neste ato representada pelo(a) senhor(a) xx, xx (cargo), portador(a) do CPF n.º xx e do RG n.º xx, têm entre si acertada a celebração do presente Contrato, decorrente do Pregão Eletrônico nº xx e Processo nº [0005313-40.2018.4.03.8002](#), sujeitando-se, os contratantes, aos ditames da Lei nº 10.520, de 17/07/2002, Decreto nº 5.450/05, Lei Complementar nº 123/2006 e, subsidiariamente, pela Lei n.º 8.666/93 e alterações, bem como mediante as Cláusulas e condições a seguir especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente Contrato a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes do Termo de Referência anexo do Edital do Pregão Eletrônico e da proposta comercial da CONTRATADA.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REGIME DE EXECUÇÃO

Os serviços serão prestados por execução indireta, sob o regime de empreitada por preço unitário.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DOS SERVIÇOS

1. O serviço à saúde será prestado através da contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço

pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica e hospitalar, a ser paga integralmente às expensas da operadora/seguradora contratada, consoante o disposto no art. 1º, inciso I da Lei nº 9.656/98.

2. A contratação dar-se-á pelo regime coletivo empresarial, nos termos do art. 16, VII, alínea b da Lei nº 9656/98, pelo sistema de mensalidade pré-fixada, aceitando-se o reembolso nos casos exclusivamente previstos no Termo de Referência ou quando previstos em normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou, ainda, em outras situações não previstas, mas previamente acordada com a CONTRATADA.

3. O objetivo da contratação é a prestação de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de natureza clínica e cirúrgica, por profissionais e hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia próprios ou credenciados, nas internações normais ou terapia intensiva, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção de riscos e doenças, ao tratamento, a recuperação, a manutenção e a reabilitação da saúde.

4. O Plano Privado de Assistência à Saúde contratado deverá estar de acordo com o art. 230, §3º, inciso II da Lei nº 8.112/90 e nos termos da Lei nº 9.656/98, observando-se todas as normas expedidas pela ANS, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

CLÁUSULA QUARTA - DO INÍCIO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

1. Os serviços deverão ter início na data especificada na ordem de serviço.
2. Considera-se início da execução dos serviços, a prestação da assistência médica aos beneficiários cadastrados.

CLÁUSULA QUINTA - DA REDE DE ATENDIMENTO

1. Os serviços serão prestados pela rede assistencial da operadora ou seguradora, que compreende a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado, incluindo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de imagem, serviços de diagnóstico por imagem e prontos-socorros, e deverá cobrir, minimamente, todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

2. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a recursos hospitalares que disponham de prontos-socorros com atendimento 24 horas por dia e centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos de, no mínimo, baixa e média complexidade, além de clínicas de fisioterapia e psicologia em todas as localidades onde estão instaladas as Varas Federais e a Sede da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul: Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Naviraí, Ponta Porã e Três Lagoas.

2.1. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços especializados em atendimento obstétrico, pronto-socorro infantil, hemoterapia, unidade de terapia intensiva, hemodiálise e tratamento oncológico nas cidades de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas.

2.2. A contratada deverá disponibilizar aos beneficiários acesso a serviços hospitalares de alta complexidade, unidade de terapia intensiva infantil e unidade de terapia intensiva neonatal nas cidades de Campo Grande e Dourados.

2.3. Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora/seguradora deverá garantir o atendimento nos termos e prazos fixados na Resolução Normativa nº 259/2011 da ANS e atualizações.

3. A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação à contratante, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

CLÁUSULA SEXTA - DOS PRODUTOS (PLANOS DE SAÚDE)

Serão contratados 02 (dois) Planos Privados de Assistência a Saúde (PPAS), cada um deles perfazendo um lote:

1. AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, de **abrangência nacional**, com serviços prestados por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, abrangendo todas as cidades dos 26 estados da federação e o Distrito Federal, **sem coparticipação**, com acomodação para internação em **quarto individual (apartamento)**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, e, se a unidade hospitalar dispor, televisão e frigobar (não incluso o consumo).

2. AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, com **Abrangência em todo o Estado de Mato Grosso do Sul** para atendimentos de rotina, urgências ou emergências, **admitida a coparticipação máxima de 50%**, incidente apenas em consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais eletivos e limitada ao valor máximo de R\$ 169,72 (cento e sessenta e nove reais e setenta e dois centavos) por procedimento, com acomodação para internação em **quarto individual (apartamento)**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, e, se a unidade hospitalar dispor, televisão e frigobar (não incluso o consumo).

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS

1. Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo plano indicado acima, são aqueles constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pelo Ministério da Saúde, nos termos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, nos termos do art. 15 da RN ANS nº 428/2017, a cobertura relacionada ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, visando assistência clínica e cirúrgica, por intermédio de profissionais, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia próprios, credenciados ou cooperados, obrigando-se na execução dos serviços direcionados à prevenção das doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, nos termos e condições ajustados, exclusivamente na área de abrangência contratada. O plano compreende os segmentos **ambulatorial, hospitalar e obstetrícia**.

2. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

c) Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

d) Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, alterada pela Resolução com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

f) Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, consoante o disposto no art. 21, inciso V, da Resolução ANS nº 428/2017.

g) Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, para segmentação ambulatorial;

h) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

i) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

j) Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

k) 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;

k.1) Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS para a segmentação ambulatorial;

l) 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 segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

m) Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

n) Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, e alterações ou normativas a serem expedidas pela ANS, sem restrição de grau.

2.1. Para a **segmentação ambulatorial**, incluem-se, ainda, as coberturas abaixo:

a) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

b) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

c) Embolizações.

2.2. As coberturas poderão ser aumentadas, em decorrência de alterações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e demais normativas expedidas pela ANS e pelos órgãos que regulamentam o setor.

3. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no item 3.9 deste documento, observadas as seguintes exigências:

3.1. Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

3.2. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

3.3. Cobertura de transplantes de rim e córnea e os listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, e suas alterações e demais normas da ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora/seguradora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, conforme o artigo 22, IV, alínea “c”, da Resolução Normativa ANS nº 428/2017; e

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

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

3.5. Cobertura de órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em vigor a época do evento, devendo ser observado:

3.5.1. Caberá ao médico ou cirurgião dentista 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 da ANS, vigente à época do evento;

3.5.2. O profissional requisitante deverá, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação;

3.5.3. Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora;

3.5.3.1. O profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta medica.

3.6. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, especificamente nos casos de internação de:

a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) Idosos a partir do 60 anos de idade;

c) Pessoas portadoras de deficiências; e

d) Gestante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, por indicação do médico assistente.

3.7. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS, para a segmentação hospitalar, 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;

3.8. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.8.1. 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 da segmentação hospitalar e plano referência

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

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 21 da Resolução Normativa nº 428/2017-ANS, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos previstos na Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos na Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS;
- g) Embolizações listadas nos anexos da Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa nº 428/2017, e suas alterações e nas demais normativas da ANS; e
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados na Resolução Normativa nº 428/2017, suas alterações e nas demais normativas da ANS, exceto fornecimento de medicação após alta hospitalar.

3.10. Cobertura para internações em apartamento com quarto privativo, ressalvadas as hipóteses do local não dispor da acomodação contratada, o qual fica garantido o atendimento mesmo em outra acomodação.

3.10.1. Nas internações deverá ser providenciada a guia de internação hospitalar, nas seguintes formas:

- a) Previamente para internações eletivas (sem urgência e sem emergência);
- b) No prazo de 72 (setenta e duas) horas para internações de urgência e emergência.

3.10.2. A internação hospitalar compreende as coberturas das despesas com médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos prescritos pelo médico assistente, e aparelhos necessários ao tratamento ou à cirurgia;

3.10.3. Deverá ser dada cobertura para exames complementares indispensáveis para o tratamento e elucidação diagnóstica, bem como, fornecimento de anestésicos, gases medicinais, e outros, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados e ministrados durante o período de internação hospitalar.

4. O Plano Obstétrico compreende todos os procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

12.4.1. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) Pré-parto;

b) Parto; e

c) Pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

4.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

4.3. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. A isenção de carência ao recém-nascido no prazo acima, para ingresso no plano da CONTRATADA, independe do cumprimento de carência pelo genitor (mãe ou pai) inscrito no plano.

4.4. Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, consoante o disposto no parágrafo único do Art. 23, parágrafo único da RN nº 428/2017 ANS.

5. Além dos procedimentos cobertos, descritos nos itens anteriores, deverá ser dada cobertura à cirurgia plástica restauradora de funções de órgãos e regiões, decorrentes de acidentes pessoais e nas situações previstas em normativas da ANS.

6. Haverá, ainda, cobertura para 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, conforme artigo 10-A da Lei nº 9.656/98.

7. Da cobertura à saúde mental – transtornos psiquiátricos:

7.1. O plano também deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS Nº 428/2017 e nos termos do art. 12, II, da Lei nº 9656/98, com alterações e demais normativas expedidas pela ANS e demais órgãos competentes. A cobertura deve abranger todos os atendimentos clínicos e cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, compreendendo:

7.1.1. Custeio integral de internação em hospital psiquiátrico, unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

7.1.2. Custeio integral de de internação em hospital geral para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

7.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos, consoante o parágrafo único do art. 10º da RN ANS nº 428/2017.

CLÁUSULA OITAVA - DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

1 Estão excluídos os seguintes procedimentos, dentro das coberturas:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Inseminação artificial;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética ou de rejuvenescimento, assim como em *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- e) Fornecimento de medicamentos e materiais para a saúde não registrados na ANVISA.
- f) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde;
- g) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios e materiais sem o registro no órgão competente;
- i) Aviamento de óculos, lentes de contato e aparelhos de audição (materiais não implantáveis);
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- l) Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário, que excedem ao limite do contrato;
- m) Plano odontológico, previsto na Lei nº 9.656/98, salvo a cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com cobertura prevista e regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e por normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- n) Exames e procedimentos realizados durante o período de carência;
- o) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência contratual, mesmo nos casos de urgência e/ou emergência;

p) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados com profissionais, laboratórios, clínicas ou hospitais não cooperados/contratados/credenciados à Operadora/seguradora contratada, exceto para os casos de urgência e emergência, e consoante o previsto no subitem 3 descrito abaixo;

q) Vacinas;

r) Serviço de enfermagem em caráter particular.

2 Os procedimentos previstos nas alíneas acima passarão a ser cobertos caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela ANS.

3. Conforme alínea “p” acima descrita, não há cobertura para atendimentos fora da rede credenciada, cooperada ou referenciada, exceto nos casos de urgência e emergência, ou outro caso não previsto, **autorizado** pela contratada.

4. Na hipótese de não haver credenciado para consultas, exames ou procedimentos cobertos na localidade onde se encontra o usuário, caberá à contratada proceder à cobertura na forma prevista na RN ANS nº 259/2011 e respectivas alterações.

CLÁUSULA NONA - DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

1. Em virtude do plano privado de assistência à saúde ser pactuado pelo regime de contratação coletivo empresarial com número de participantes superior a trinta beneficiários, não haverá cláusula de agravo nem cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos beneficiários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, ou que formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo, bem como dos novos magistrados e servidores, e seus dependentes, que formalizarem o pedido de ingresso até 30 dias da data de admissão na CONTRATADA.

2. Fica ainda isento do cumprimento de carência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, nos termos do art. 23, inciso III da RN ANS nº 428/2017 e nos itens 4 a 5 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

3. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitará os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, nos termos de item 7 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

4. Os cônjuges recém-casados, inscritos até 30 (trinta) dias da data do casamento aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo(a) titular, bem como os companheiros que tenham reconhecido sua união estável.

5. Com exceção aos itens anteriores, haverá carência apenas para os usuários incluídos após à contratação, conforme definido abaixo:

5.1. 60 dias para tomografias e ressonâncias magnéticas;

5.2. 90 dias para internações cirúrgicas;

5.3. 120 dias para cirurgias cardíacas.

5.2. 300 dias para partos a termo;

6. O item 5 e respectivos subitens deverão observar o disposto na Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. A operadora/seguradora poderá estabelecer relação de exames, para os quais haverá a necessidade de autorização prévia da operadora/seguradora, exceto para os casos caracterizados como urgência e emergência e para os discriminados abaixo:

1.1. Consultas médicas;

1.2. Exames laboratoriais de patologia clínica, considerados simples e de rotina: Hemograma, Glicose, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina, Colesterol total, Colesterol HDL, Triglicerídeos, Urina Tipo 1 EAS e Parasitológico de Fezes;

1.3. Radiologia simples sem contraste;

1.4. Eletrocardiograma;

1.5. Tonometria;

1.6. Colposcopia.

2. Não será exigida a autorização prévia da operadora/seguradora para o atendimento e a realização de exames em casos caracterizados como urgência e emergência.

3. A Contratada deverá providenciar as autorizações com observância aos prazos para atendimento ao usuário, previstos na RN Nº 259/2011 e demais normas da ANS, sob pena de incorrer nas penalidades previstas na Cláusula vigésima oitava.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO REEMBOLSO

1. A operadora/seguradora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, quando não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, correspondente ao plano contratado.

2. O reembolso de que trata a cláusula anterior será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos originais relacionados abaixo, de acordo com os valores de tabela praticada pela operadora/seguradora, vigente na data do evento, disponibilizada para fins de consulta em sua sede administrativa.

3. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

4. Deverá ser entregue à operadora/seguradora, com o pedido de reembolso, a seguinte documentação:

- 4.1. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, a descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- 4.2. Conta hospitalar discriminando a quantidade e tipo de materiais e medicamentos consumidos, com preços por unidade, com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- 4.3. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos números de CRM, discriminando funções e evento a que se referem;
- 4.4. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Deverá ser dada a cobertura de remoção inter-hospitalar, por ambulância, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade que realiza o atendimento de urgência e emergência, para a continuidade de atendimento ao usuário ou pela necessidade de internação, nos termos da Resolução CONSU Nº 13/98 e demais normas vigentes.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - USUÁRIOS: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E EXCLUSÃO

1. São usuários do Plano de Saúde os Juízes e Servidores da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, e seus respectivos dependentes e agregados, sendo:
 - 1.1. **Usuário TITULAR:** Juízes Federais, em atividade ou aposentados, os servidores do quadro efetivo, ativos ou aposentados, os ocupantes de cargo em comissão, os servidores removidos ou cedidos de outros órgãos públicos ou a outros órgãos, os servidores com lotação provisória na CONTRATADA, vedada a acumulação com o plano de saúde de outro órgão, e os pensionistas, todos vinculados a CONTRATADA.
 - 1.2. **Usuário DEPENDENTE:** Cônjuge ou companheiro(a); filhos(as), biológicos ou adotivos, enteados(as), os menores de 21 anos que estejam sob guarda judicial do titular e os dependentes classificados como especiais (agregados), especificados em Resolução ou Ato órgão contratante.
 - 1.2.1. A inclusão de dependentes dependerá da participação do(a) titular no plano de assistência à saúde.
2. Não será permitida a cobrança de taxa de inscrição/inclusão ou outras taxas não previstas no Termo de Referência.
3. A emissão e entrega das Carteiras de Identificação deverá ser realizada para a CONTRATADA no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento da solicitação de inclusão ou do pedido de 2ª via, sem prejuízo do início da utilização dos serviços.

4. As inclusões serão encaminhadas pela CONTRATADA à Contratada até o dia 30 de cada mês, para vigorar a contar do primeiro dia do mês subsequente ao protocolo do pedido, exceto nas situações que necessitar de inclusão antecipada tais como: inclusão imediata de recém-nascido ou de titular recém-ingresso na CONTRATADA, quando necessário para não cumprir carência, em virtude dos prazos estipulados pela ANS.

5. A CONTRATADA informará à Contratada, até o dia 30 de cada mês, as exclusões de usuários, encaminhando os respectivos cartões de identificação.

6. É assegurado ao servidor/magistrado exonerado pela CONTRATADA, sem que haja justa causa, que contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo com o Órgão, o direito de manter temporariamente sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o seu pagamento integral constante em contrato, consoante o art. 30 da Lei 9.656/98.

6.1. O período de manutenção após a exoneração será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano de saúde da CONTRATADA, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, no mesmo plano em que se encontrava quando da exoneração, na forma prevista no art. 4 e art. 13, inciso I Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

6.2 manutenção temporária do beneficiário ocorrerá no mesmo plano contratado, consoante art. 13, inciso I da RN ANS nº 279/2011, nas mesmas condições e valores constantes do contrato.

6.3. A manutenção acima será extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do vínculo com a CONTRATADA.

6.4. A condição prevista no caput do item 6 deixará de existir quando da admissão do titular em novo cargo ou emprego público ou privado ou se mantiver vínculo com órgão ou empresa que possibilite o ingresso do ex-servidor em um plano de assistência à saúde empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão. O direito de manutenção também deixará de existir pelo decurso do prazo previsto no item 6.5 e pelo cancelamento pela CONTRATADA do plano de saúde.

6.5. O ex-servidor/magistrado, exonerado sem justa causa, poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias do seu pedido ou da ciência de sua exoneração, consoante art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

6.5.1. A contagem do prazo previsto no item 6.4 somente se inicia a partir da comunicação inequívoca sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

6.6. O previsto no item 6 não se aplica na hipótese de exoneração, vacância ou dispensa, a pedido do magistrado ou servidor.

7. Em caso de morte do titular, havendo pensionista, este assume a titularidade do plano, com direitos de permanência exclusivos a sua pessoa. Não havendo pensionista, o direito de permanência é assegurado, temporariamente, aos dependentes cobertos pelo plano coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto do item 6 e respectivos subitens, consoante art. 30, §3º da Lei 9.656/98.

7.1. Em caso de morte do titular, os dependentes poderão, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, exercer a portabilidade especial de carências no prazo de

60 dias do falecimento, conforme a norma contida no art. 8º, I, da Resolução nº 438/2018 da ANS;

7.2. Após o período de permanência temporária descrita no item 6.1, o (a)(s) beneficiário(a)(s) será(ão) excluído(s) do plano da CONTRATANTE.

8. No caso de aposentadoria de servidor cedido/removido para a CONTRATADA, que se aposentaram pelo Órgão de Origem ou pelo INSS, a permanência no plano de saúde somente será realizada se houver norma da ANS ou outro de outro Órgão competente que determine neste sentido.

9. O recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do beneficiário(a), terá cobertura dentro do respectivo plano de saúde, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, prazo necessário à inclusão do dependente em plano de saúde, sem o cumprimento de carência.

10. No caso de inclusão de usuários com doenças ou lesões pré-existentes, não será cobrado agravo, nem haverá cobertura parcial temporária.

11. Não haverá exclusão de usuários ou impedimento no ingresso do plano de saúde, por doença e lesões pré-existentes.

12. Perderá a condição de beneficiário do plano de saúde, o magistrado ou servidor, e seus dependentes, que perder o vínculo com a CONTRATADA, como nos casos de exoneração, demissão, redistribuição de cargos, dispensa de cedidos, ou retorno de removidos, etc, respeitadas as garantias previstas em normas da ANS. Também serão excluídos o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) e os demais usuários incluídos no plano em virtude da relação de parentesco por afinidade. Outras hipóteses de exclusão serão regulamentadas por norma da CONTRATADA ou do TRF3.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS SERVIÇOS E DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Após o recebimento com os nomes dos usuários a serem inscritos, a operadora/seguradora disponibilizará aos usuários, preferencialmente em meio eletrônico, nos prazo máximo de até 15 dias:

a) relação da rede de atendimento, com a indicação de suas especialidades e endereços completos;

b) relação dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

2. Não haverá cobrança pela emissão da 1ª via do cartão de identificação e pela emissão dos cartões no caso de renovações contratuais. O usuário pagará à operadora/seguradora o valor máximo de **R\$ 10,00 (dez reais)** pela emissão de 2ª via do cartão de identificação em caso de extravio, roubo, furto ou inutilização da via original.

2.1. Em caso de extravio, roubo ou furto do cartão, o usuário deverá comunicar imediatamente a operadora/seguradora do ocorrido, sendo responsável pelas despesas pelo uso indevido até a data e horário da informação à operadora/seguradora.

2.2. Não será cobrada a emissão de 2ª via de cartão por falhas na impressão de dados ou no magnético do cartão, salvo se decorrente de mau uso pelo beneficiário.

3. Em caso de atendimento sem o documento de identificação, o usuário deverá solicitar à operadora/seguradora autorização específica para cada atendimento que venha necessitar ou, sempre que possível, permitir o atendimento na rede credenciada/cooperada mediante a apresentação pelo beneficiário de documento público de identificação e fornecimento dos dados do cartão.

4. O início de atendimento ao usuário ocorrerá a partir da data de vigência do contrato ou da data de sua inclusão, exceto o recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou do dependente, que terá cobertura imediata até 30 dias subseqüentes ao nascimento, pelo cartão da mãe ou pai, inscritos no plano.

5 Os cartões assistenciais devem ser individuais, para cada beneficiário (titular/dependente/agregado);

6. Nos cartões assistenciais, deverão constar o nome do CONTRATANTE (pessoa jurídica), seu próprio nome e os dados do plano de saúde.

7. Os cartões assistenciais deverão ser enviados pela CONTRATADA para as respectivas Subseções Judiciárias, para distribuição local aos beneficiários no endereço da CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO VALOR INDIVIDUAL DO PLANO

1. O valor do plano de deverá obedecer aos critérios estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 63/2003 e ao limite previsto no Termo de Referência, conforme abaixo:

1.1. Deverá ser obedecido o limite de 5% entre as faixas etárias, a fim de possibilitar a manutenção do quantitativo inscrito;

1.2. a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas;

1.3. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

2. Com base nos critérios acima e valores estabelecidos para esta contratação, o valor da mensalidade a ser cobrada pela contratada não poderá exceder aos valores estimados pela Administração.

2.1. Valores estimados para o plano de saúde especificado no item 1. da Cláusula sexta (plano de abrangência nacional).

Faixa etária	Quantidade de beneficiários	Valor máximo da mensalidade por beneficiário - R\$	Valor máximo mensal- R\$	Valor máximo anual - R\$	Valor máximo 30 meses - R\$
0-18	74				
19-23	11				
24-28	17				
29-33	26				
34-38	34				
39-43	34				
44-48	29				

49-53	21				
54-58	22				
59 ou mais	31				
Valores Totais Máximos Estimados					

2.2. Valores estimados para o plano de saúde especificado no item 2 da Cláusula sexta (plano de abrangência estadual).

Faixa etária	Quantidade de beneficiários	Valor máximo da mensalidade por beneficiário - R\$	Valor máximo mensal - R\$	Valor máximo anual - R\$	Valor máximo 30 meses - R\$
0-18	146				
19-23	41				
24-28	37				
29-33	39				
34-38	45				
39-43	65				
44-48	57				
49-53	51				
54-58	55				
59 ou mais	74				
Valores Totais Máximos Estimados					

3. A taxa de emissão por 2ª via de cartão não poderá exceder ao valor de R\$ 10,00 (dez reais e trinta e três centavos).

4. O valor global anual estimativo da presente contratação será composto da seguinte forma:

4.1. Montante da despesa anual máxima, inicialmente estimada, tendo por base os preços unitários ofertados na proposta vencedora da licitação; e,

4.2. Adicional relativo à projeção de incremento da despesa mensal com os serviços a serem contratados, em decorrência da progressão da faixa etária dos beneficiários, totalizando o incremento anual de 0,2362% do valor previsto no item 4.1.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO RECEBIMENTO DO OBJETO

1. O objeto será recebido:

1.1. provisoriamente, pelo fiscal técnico, mensalmente, mediante termo circunstanciado assinado pelas partes, até o 5º dia útil após o recebimento do documento de cobrança;

1.2. - definitivamente, pelo gestor, mediante termo circunstanciado assinado pelas partes, após o decurso do prazo para observação ou vistoria que comprove a adequação do objeto

aos termos contratuais, não superior a 90 (noventa) dias, conforme art. 73, § 3º, da Lei nº 8.666/93, observado o disposto no art. 69 da mesma Lei.

2. O fiscal do contrato deverá:

2.1. receber demandas de servidores e avaliar sua pertinência, considerando sempre a indicação técnica (médica) e o estabelecido no Contrato.

2.2. conferir custo e receita para o cálculo do índice de sinistralidade que poderá impactar em reajuste contratual.

2.3. conferir, do ponto de vista documental, a utilização dos beneficiários que geraram maiores custos.

2.4. Ao gestor do contrato caberá a conferência mensal da documentação necessária para liquidação das despesas e sua efetivação.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS PREÇOS

1. Pelo cumprimento do objeto deste Contrato, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o valor mensal estimado de R\$ xx, perfazendo o valor total estimado de R\$ xx, sendo para o exercício de:

1.1. 2019: R\$ xx;

1.2. 2020: R\$ xx;

1.3. 2021: R\$ xx; e

1.4. 2022: R\$ xx.

2. Os preços referidos nesta Cláusula abrangem todas as despesas e custos, tais como remuneração, encargos sociais e trabalhistas, insumos, tributos incidentes conforme legislação vigente, bem como taxa de administração, lucro e outros, necessários ao cumprimento integral do objeto contratado, não cabendo à CONTRATANTE quaisquer ônus adicionais;

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste Contrato correrão por conta do Programa de Trabalho nº xx – xx, Elemento de Despesa nº xx – xx e Fonte de Recursos xx, conforme Nota de Empenho nº 201xNE000xx, emitida em xx, no valor de R\$ xx (xx). Os valores correspondentes aos exercícios posteriores serão empenhados oportunamente.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DOS AUMENTOS E REDUÇÕES

Fica assegurada à autoridade competente do CONTRATANTE aumentar ou reduzir a quantidade prefixada, observados os limites estabelecidos no artigo 65, § 1º, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO REAJUSTE DOS PREÇOS

1. Ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária de usuário, os preços convencionados, nos termos da proposta homologada, serão fixos pelo prazo de 01 (um) ano, nos termos dos §1º e o §3º, art. 2º, da Lei nº 10.192/01.

2. Não haverá reajuste anual automático de preços vinculado a qualquer índice setorial ou específico.

3. A cada período de 12 (doze) meses vigência do contrato será perscrutada a necessidade de revisão dos valores avençados.

3.1. Será admitido, no mês de aniversário do contrato, o reajuste dos preços convencionados quando a sinistralidade for calculada em percentual superior a 75% (setenta e cinco por cento).

3.2. Incumbirá à contratada a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para a revisão dos preços.

3.3. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços no período de 12 (doze) meses pela receita correspondente ao referido período, conforme a seguinte fórmula: **S = (DA-RC)/R**, onde:

S = Sinistralidade;

DA = Despesas Assistenciais;

RC = Recuperações de coparticipação;

R = Receitas.

3.4. Serão consideradas para o cálculo da sinistralidade como:

I) Despesas Assistenciais (**DA**): todos os dispêndios de utilização do plano de saúde, efetuados pelos beneficiários, entre eles, honorários médicos, insumos, procedimentos médicos, internações, taxas, medicamentos, etc, durante o período apurado, inclusive eventuais ressarcimentos realizados pela Operadora ao Sistema Único de Saúde – SUS, decorrentes da utilização espontânea dos beneficiários do plano no serviço público;

II) Recuperações de Coparticipação (**RC**): o valor total de pagamentos de coparticipação efetuados por beneficiários do plano de saúde no período apurado;

III) Receitas (**R**): os valores relativos às mensalidades dos usuários remunerados à operadora do plano de saúde/seguradora por conta da prestação de serviço no período apurado.

3.5. Não será permitida a inclusão dos valores da PEONA (Provisão para Eventos Ocorridos e não Avisados) no cálculo da sinistralidade.

4. Atendido o critério estabelecido no item 33.33, o **índice de reajuste** a ser aplicado será apurado conforme a seguinte fórmula: **R = S/Sm**, onde:

R = índice de reajuste;

S = sinistralidade do período - 12 meses - apurada nos termos do item 33.3.2;

Sm= meta de sinistralidade - 75%.

5. Não serão aceitos percentuais de reajustes diferenciados entre as faixas etárias.

6. Os valores das mensalidades/tabela de preços para as novas adesões serão reajustados, na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo, independente da data de inclusão.

7. O encerramento do contrato ou sua prorrogação sem a formalização do pedido de reajuste acarretará a preclusão do direito ao reajuste.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DEMANDAS JUDICIAIS

Todos os tratamentos, internações, atendimentos, procedimentos, fornecimento de medicamentos não previstos em Contrato e obtidos por meio de ação judicial, assim como seu andamento, deverão ser comunicados em até 05 (cinco) dias úteis aos gestores do Contrato da CONTRATANTE, indicando a respectiva composição do custo, com o detalhamento dos valores com cobertura contratual e acréscimos decorrentes da demanda.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO

1. O faturamento será efetuado mensalmente, a partir do 1º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços.

2. O documento de cobrança (Nota Fiscal, Fatura, etc.) deverá ser encaminhado eletronicamente até o dia 10 de cada mês subsequente ao da prestação dos serviços no endereço eletrônico admms-subs@trf3.jus.br ou endereçado à JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU EM MATO GROSSO DO SUL, situada na Rua Delegado Carlos Roberto Bastos de Oliveira, n.º 128, Parque dos Poderes, Campo Grande/MS, CEP 79037-901 - CNPJ 05.422.922/0001-00, que o protocolará.

1.1. Na entrega do documento de cobrança será confirmada a Regularidade perante a Caixa Econômica Federal quanto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS (CRF - Certificado de Regularidade do FGTS - Lei nº 8.036/90) e Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (Certidão Negativa de Débito - CND - Lei nº 8.212/91) e Justiça do Trabalho (Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT – Lei nº 12.440/11). Será confirmada também a regularidade fiscal, podendo ser mediante consulta "on-line" ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, ou na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei 8.666/93". Portanto, o Contratado deverá manter os mesmos atualizados.

2. O documento de cobrança será emitido em nome da Justiça Federal de Mato Grosso do Sul, sem emendas ou rasuras, fazendo menção expressa ao número da Nota de Empenho e contendo todos os dados da mesma e outros, conforme abaixo especificado:

- a) O documento de cobrança deverá ser emitido com o mesmo número de CNPJ constante da documentação apresentada para a habilitação e da Proposta Comercial, o qual serviu de base para a emissão da Nota de Empenho;
- b) Na hipótese de divergência entre o CNPJ do documento de cobrança e o constante na Nota de Empenho, decorrente da necessidade de alteração do estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança durante a execução do Contrato, a matriz ou filial, conforme o caso, deverá apresentar, previamente à emissão do documento de cobrança, declaração justificando este procedimento e, ao mesmo tempo, apresentando os comprovantes de regularidade previstos no inciso III do art. 29, da Lei nº 8.666/93, relativos ao estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança;
- c) A justificativa, prevista no subitem anterior, para a alteração do estabelecimento comercial emitente do documento de cobrança, se aceita pelo CONTRATANTE, após a análise jurídica, implicará em adequação do Contrato, através de Termo Aditivo, para inclusão do estabelecimento em questão e de seu respectivo CNPJ, bem como para modificação do favorecido dos recursos orçamentários correspondentes;
- d) No caso de alteração, nos termos do subitem anterior, a CONTRATADA deverá apresentar os dados bancários relativos ao CNPJ do estabelecimento responsável pela emissão do documento de cobrança, para que o pagamento possa ser efetuado por meio de ordem bancária;
- e) Todos os tributos incidentes sobre os produtos ou serviços deverão estar inclusos no valor total do documento de cobrança, observada a legislação tributária aplicável à espécie, principalmente àquela pertinente aos órgãos públicos federais;
- f) No documento de cobrança deverão constar os nomes e os números do banco e da agência, bem como o número da conta corrente à qual se dará o depósito bancário para pagamento, repetindo-se os dados informados na Proposta Comercial;
- g) Qualquer alteração de dados bancários só será permitida desde que efetuada em papel timbrado da empresa, assinada por representante legal e encaminhada à Seção Financeira da Justiça Federal de Mato Grosso do Sul, antes do processamento do respectivo pagamento;
- h) No documento de cobrança não deverá constar material ou serviço de outra Nota de Empenho;
- i) Se o Contratado sofrer qualquer uma das retenções dos tributos a seguir elencados: Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição para o PIS/PASEP (art. 1º, § 6º, da IN SRF nº 480/2004) e Contribuição à Previdência Social (artigo 126, da IN RFB nº 971/2009), deverá efetuar o destaque, no respectivo documento de cobrança, do valor do imposto de renda e das contribuições a serem retidos na operação, e, se a legislação municipal assim o exigir, o destaque do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN).

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA RETENÇÃO DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES

1. Na ocasião do pagamento, observadas as condições específicas da CONTRATADA, aplicar-se-á, no que couber, o disposto na Lei 9.430/1996, Lei 8.212/1991 e regulamentações; e Lei Complementar n.º 116, de 31/07/2003, combinada com a

correspondente Lei Municipal do local da prestação dos serviços, em cotejo com a Lei Municipal do estabelecimento sede da empresa.

2. Se a CONTRATADA gozar de tratamento diferenciado em virtude de Lei, seja na forma e benefícios ou isenções, deverá, obrigatoriamente, apresentar a comprovação definida no dispositivo legal ou regulamentar que lhe garantiu o direito, sob pena de retenção de tributos na fonte.

2.1. A CONTRATADA optante pelo SIMPLES NACIONAL deverá apresentar juntamente com a fatura, Declaração na forma do Anexo IV da Instrução Normativa RFB nº 1.234, de 11/1/2012.

3. A CONTRATADA que prestar serviços no município de Campo Grande cuja sede estiver localizada em outro município deverá providenciar inscrição no cadastro da Secretaria de Finanças do Município de Campo Grande, nos termos do art. 123 da Lei Complementar nº 59, de 02/10/2003 e alterações posteriores. Caso contrário, estará sujeito à retenção de ISSQN sobre o valor da nota fiscal, para o Município de Campo Grande, conforme a legislação mencionada.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

1. O pagamento será efetuado, mediante ordem bancária, nos prazos a seguir indicados, contados da apresentação do documento de cobrança, no local e forma indicado no item 16 - das condições de faturamento:

a. em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data final do período de adimplemento do contrato, ou de cada parcela;

b. em até 05 (cinco) dias úteis, contados da apresentação do documento de cobrança, quando decorrer de despesa cujos valores não ultrapassem o limite estabelecido no art. 24, inc. II, da Lei 8.666/1993.

2. Os prazos estabelecidos nesta cláusula serão interrompidos, mediante notificação para o endereço eletrônico (e-mail) indicado pelo fornecedor/contratado, no caso de qualquer incorreção no documento de cobrança.

3. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que o Contratado não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de atualização financeira devida pela CONTRATANTE, entre a data acima referida e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, será calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$$EM = I \times N \times VP$$

Onde:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela em atraso;

I = Índice de atualização financeira, assim apurado:

$$I = \frac{(TX/100)}{365} \Rightarrow I = \frac{(6/100)}{365} \Rightarrow I = 0,00016438 \text{ ao dia}$$

365

365

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual = 6%

4. O pagamento dos encargos moratórios, deverão ser objeto de solicitação do contratado/fornecedor, não cabendo à Administração fazê-lo de ofício.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

1. Gerais:

a) Executar fielmente o objeto deste Contrato, comunicando, imediatamente, ao representante legal da CONTRATANTE, a ocorrência de qualquer fato impeditivo de seu cumprimento.

b) Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

2. Abordagem dos tratamentos em curso:

a) Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do Contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião. Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do Contrato, em hospital sem cobertura no novo plano contratado, deverão ser transferidos para um hospital da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção inter-hospitalar, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste no Contrato vigente.

b) Nas hipóteses de autorização de transporte pelo médico assistente, devidamente justificadas, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, o CONTRATANTE e a CONTRATADA não se responsabilizarão pelas respectivas despesas.

c) Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de implantação do novo plano, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo recurso hospitalar no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados do novo Contrato.

d) Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de home care, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, desde que com a devida indicação médica, podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços de home care.

e) Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 semanas no início da vigência do Contrato, com o mesmo médico assistente, se este aceitar negociação com a CONTRATADA e se esta for a opção da gestante.

f) Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso (ex. ciclos de quimioterapia), deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo serviço, permitindo-se

o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

g) Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

3. Obrigações administrativas:

a) A CONTRATADA deverá manter central de atendimento telefônico 24 horas para atendimento à distância aos beneficiários da SJMS, com funcionários que tenham acesso às especificidades do Contrato.

b) Não será permitida a cobrança de taxa de adesão aos planos.

c) A CONTRATADA deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, sendo disponibilizado acesso ou relatórios aos gestores e fiscais dos Contratos indicados pela SJMS.

d) A CONTRATADA deve dispor de serviço de divulgação da rede credenciada atualizada, através da Internet. Não serão exigidos manuais impressos, em consonância com o Plano de Logística Sustentável (PLS-JF3R), instituído pela Resolução nº 45/2016-PRES, de acordo com a Resolução nº201/2015-CNJ.

e) A CONTRATADA deverá disponibilizar por via eletrônica, extratos de utilização individual e familiar, quando solicitados pelo CONTRATANTE ou pelo beneficiário.

f) Todas as correspondências e solicitações, inclusive via e-mail, enviadas pela SJMS, deverão ser respondidas através de ofício ou e-mail no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

g) Todos os procedimentos e custos concernentes à implantação dos novos planos serão da responsabilidade da CONTRATADA, incluindo-se o cadastro dos beneficiários, a confecção dos cartões assistenciais e os ajustes necessários para a migração de dados.

4. Obrigações técnicas:

a) A CONTRATADA fica obrigada a manter, durante toda a vigência do Contrato, o quantitativo e o nível de qualidade da rede credenciada, inclusive dos hospitais, informados por ocasião da apresentação da proposta, sob pena de rescisão contratual.

b) Fica vedado à CONTRATADA determinar o atendimento em serviço próprio (ambulatórios, clínicas, hospitais) ou de empresas controladas ou coligadas.

b.1) Esta proibição inclui direcionamento e/ou transferência para rede própria, exceto em localidades onde essa seja a única opção de atendimento, ou que seja da livre escolha do usuário;

b.2) Nos casos de internações de urgência ou emergência, deverá ser comprovada, por meio de declaração do recurso credenciado, a inexistência de vagas nos hospitais de escolha do beneficiário, para que seja oferecido atendimento em rede própria.

c) Durante a execução do Contrato, toda e qualquer exclusão ou inclusão de novos recursos hospitalares e/ou laboratoriais da rede credenciada deverá ser previamente analisada e autorizada pelo CONTRATANTE.

d) A CONTRATADA deverá possibilitar aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) do CONTRATANTE o acesso às faturas por meio físico ou eletrônico, com discriminação das despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, conforme parâmetros a serem definidos pelo CONTRATANTE, no período de 12 meses de análise, para fins de reajuste.

e) A contratada deverá emitir justificativa fundamentada, por escrito, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sempre que solicitada pelo beneficiário do serviço em face de negativa de autorização para procedimentos, exames, etc.

5. Procedimentos para atendimento:

a) A autorização para procedimentos e internações deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa nº 259 da ANS, de 17/06/2011 e alterações posteriores. Caso os prazos sejam ultrapassados, a CONTRATADA deverá apresentar as devidas justificativas aos gestores e fiscais (médicos ou enfermeiros) da Justiça Federal designados pela Administração, quando solicitado pelo CONTRATANTE, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

b) No caso da inexistência ou indisponibilidade de profissional ou recurso credenciado na especialidade no município pertencente à área geográfica de abrangência e atuação do plano, a CONTRATADA deverá providenciar o transporte e o atendimento na rede credenciada mais próxima que ofereça o recurso necessário. Na hipótese do beneficiário arcar com os custos do atendimento, aplicar-se-á os termos do artigo 9º da Resolução Normativa nº 259 da ANS, de 17/06/2011, alterada pela de nº 268, de 01/09/2011, devendo o reembolso integral, inclusive do transporte, ser realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de protocolo do recibo, ficando expressamente proibida a inclusão dos custos na sinistralidade.

c) A CONTRATADA deverá processar e pagar o reembolso apenas das despesas médicas mencionadas no item acima, referentes aos serviços prestados por instituições hospitalares e outros recursos não-credenciados, quando aplicável, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, contados a partir da data de protocolo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

1. Comunicar à operadora/seguradora as inclusões e exclusões que vierem a ocorrer durante a vigência do contrato, nos prazos estabelecidos.

2. Efetuar o pagamento mensal à contratada mediante a entrega da Nota Fiscal devidamente atestada pelo gestor do contrato, nas condições e preços pactuados;

3. Fiscalizar a execução do contrato, bem como as obrigações assumidas pela operadora/seguradora e as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação. A fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato por parte do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada.

4. Notificar à contratada qualquer ocorrência considerada irregular, aplicando, conforme o caso, eventuais penalidades;

5. Prestar os esclarecimentos solicitados pela contratada, atinentes ao objeto do Termo de Referência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - DO GERENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO

1. Não obstante a contratada seja a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, a contratante se reserva ao direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre os serviços, por intermédio do fiscal do contrato.
2. A existência de fiscalização por parte do contratante não exclui nem reduz a responsabilidade da contratada por quaisquer irregularidades na execução dos serviços assumidos, nem perante terceiros, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios e, na ocorrência destes, não implica a corresponsabilidade da contratante ou de seus agentes.
3. A ação ou a omissão, total ou parcial, por parte da fiscalização da SJMS, não eximirá a contratada da total responsabilidade pela execução dos serviços contratados.
4. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual compreenderão o conjunto de ações com o objetivo aferir o cumprimento dos resultados previstos pela Administração para o serviço contratado, verificar a regularidade das obrigações previdenciárias, fiscais e trabalhistas, bem como prestar apoio à instrução processual e o encaminhamento da documentação pertinente à repactuação, alteração, reequilíbrio, prorrogação, pagamento, eventual aplicação de sanções e extinção do contrato, dentre outras, com vista a assegurar o cumprimento das cláusulas avençadas e a solução de problemas relativos ao objeto.
5. A fiscalização e o gerenciamento do Contrato serão efetuados pela unidade fiscalizadora do Contratante, a ser designada pela Administração.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DAS SANÇÕES

1. Na inexecução parcial ou total do Contrato, sempre por circunstância que lhe seja imputável, a CONTRATADA estará sujeita à aplicação das seguintes penalidades, garantida a prévia defesa, em conformidade com os artigos 86 e 87 da Lei nº 8.666/1993 ou com o artigo 7º da Lei nº 10.520/02:

a) advertência;

b) multa moratória, excluída a hipótese prevista no item 29 do Termo de Referência (IMR - atraso), de:

b.1) 0,2% (dois décimos por cento) ao dia, limitada a 3% (três por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 15 dias.

b.2) 0,3% (três décimos por cento) ao dia, nos atrasos superiores a 15 (quinze) dias, limitada a 7,5% (sete e meio por cento), sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, na demora injustificada para a prestação do serviço ou para o cumprimento das demais obrigações, pelo prazo de até 25 (vinte e cinco dias).

c) multa **compensatória** de até 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado do Contrato ou da parcela inadimplida, pela inexecução total ou parcial do Contrato, casos em que a Administração poderá aceitar ou rejeitar o serviço, total ou parcialmente, e, se entender

conveniente, formalizar a rescisão unilateral do Contrato, conforme dispõem os incisos I e II do artigo 78 da Lei nº 8.666/1993;

d) multa compensatória de até 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato, em caso de descumprimento total da obrigação assumida;

e) **suspensão temporária** do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, pelo prazo que a mesma fixar e que será arbitrado de acordo com a natureza e a gravidade da falta, respeitado o limite de 02 (dois) anos, sem prejuízo da aplicação das multas previstas em Edital e no Contrato e das demais cominações legais;

f) **impedimento de licitar e de contratar** com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no Edital e no Contrato;

g) **declaração de inidoneidade** para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no item anterior.

2. Em caso de apuração de falta contratual, o valor da multa aplicada será:

2.1. retido dos pagamentos devidos pela Administração, após regular procedimento de apuração de falta contratual;

2.2. pago por meio de Guia de Recolhimento da União – GRU;

2.3. descontado do valor da garantia prestada, quando houver; ou

2.4. cobrado judicialmente.

3. Para determinar a reincidência, serão considerados os antecedentes da CONTRATADA durante a vigência desta contratação, devendo o descumprimento se referir a uma mesma obrigação contratual.

3.1. Caracterizada a reincidência, o valor da multa será majorado em até 1/3, levando-se em consideração o número de reiterações e sua gravidade.

4. No caso de a infração causar prejuízo à Administração, e este prejuízo exceder o valor da multa compensatória, a Administração poderá exigir indenização suplementar. Nessa situação a sanção de multa valerá como princípio de pagamento, competindo à Administração provar o prejuízo.

5. No caso de não recolhimento do valor da multa por GRU, dentro do prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data da intimação, a importância será descontada da garantia prestada ou cobrada judicialmente, consoante o §3º do art. 86 e § 1º do art. 87 da Lei nº 8.666/93.

6. As sanções de advertência, suspensão temporária do direito de licitar e de contratar com a Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul, impedimento para licitar e contratar com a União e a declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com a de multa.

7. Se o descumprimento consistir na perda das condições de habilitação, a Administração concederá o prazo de 30 (trinta) dias para a empresa regularizar a sua situação, sem cominação de penalidade para o período;

7.1. Não regularizando sua situação no prazo de 30 (trinta) dias, poderá ser aplicada a penalidade de multa à empresa no importe de 1% (um por cento), ao dia, sobre o valor atualizado do Contrato ou sobre a parcela entregue e pendente de regularização, limitada a 10% (dez por cento) sobre o valor total atualizado do Contrato e, a critério da Administração, o Contrato poderá ser rescindido.

8. A atualização de valores, para efeito de aplicação de multa, será efetivada com base na variação do **IPCA-E/IBGE**, apurada a partir do mês correspondente à data limite para a apresentação da Proposta Comercial até o mês imediatamente anterior à ocorrência do fato.

8.1. Nos casos em que houver repactuação ou reajuste de preços, a data inicial, para fins de atualização do valor, será a data em que tiver início a vigência da repactuação ou do reajuste.

9. As penalidades previstas no Contrato não poderão ser relevadas, salvo quando ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou caso fortuito.

10. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666/93 e na Lei nº 9.784/99.

11. As penalidades aplicadas à CONTRATADA, após regular procedimento de apuração de falta, serão registradas no SICAF.

12. As comunicações derivadas de processo administrativo de penalidade serão realizadas, em regra, por via eletrônica, competindo à CONTRATADA informar seu endereço de e-mail juntamente com sua Proposta Comercial.

13. A confirmação do recebimento da correspondência eletrônica deverá se dar no prazo de 1 (um) dia útil, findo o qual, sem manifestação da CONTRATADA, considerar-se-á como realizada e recebida a comunicação

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

1. Este contrato poderá ser rescindido de pleno direito, pela CONTRATANTE, independentemente de notificação ou interpelação judicial, nos termos do disposto nos artigos 77 a 80, da Lei nº 8.666/93.

2. Constitui motivo de rescisão contratual a contratação de empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e assessoramento, de membros ou juízes vinculados à CONTRATANTE, conforme art. 3º da Resolução n.º 007/05, alterada pela Resolução n.º 009/05, do Conselho Nacional de Justiça.

3. Ficam reconhecidos os direitos da Administração, em caso de rescisão administrativa prevista no artigo 77, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

1. O presente contrato entrará em vigor na data de sua assinatura, pelo período de 30 meses, podendo ser prorrogado a critério do CONTRATANTE com a concordância expressa da CONTRATADA, mediante Termo Aditivo, até o limite previsto no artigo 57, inciso II da Lei nº 8.666/93 e alterações.
2. O termo inicial de contagem do prazo de vigência será a partir da assinatura do Termo de Contrato.
3. A prorrogação dependerá de motivação, mediante a constatação de vantagens para a Administração.
- 3.1. A administração considerará os resultados da pesquisa de satisfação do usuário (item 28 do Termo de Referência) para decidir acerca da prorrogação do contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA - DOS DOCUMENTOS APLICÁVEIS

2.O presente Contrato vincula-se às disposições contidas nos documentos a seguir especificados, cujos teores são conhecidos e acatados pelas partes:

- a) Processo nº [0005313-40.2018.4.03.8002](#);
- b) Edital do Pregão Eletrônico n.º xx (xx); e
- c) Proposta Comercial da CONTRATADA (xx), datada de xx/xx/xx;
- d) Resolução nº 147/2011-CJF - Código de Conduta do Conselho e da Justiça Federal de primeiro e segundo graus.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA - DAS COMUNICAÇÕES

1. Eventuais correspondências expedidas pelas partes signatárias deverão mencionar o número deste Contrato e o assunto específico da correspondência.
2. As comunicações feitas à CONTRATANTE deverão ser endereçadas ao Núcleo de de Recursos Humanos, situado na Rua Del. Carlos Roberto Bastos de Oliveira, nº 128, Parque dos Poderes, Campo Grande/MS, CEP: 79.037-102, telefone (67) 3320-1218 e e-mail admms-nure@trf3.jus.br.
3. As comunicações feitas à CONTRATADA deverão ser endereçadas à (endereço completo), telefone xx e e-mail xx.
4. Eventuais mudanças de endereços deverão ser comunicadas por escrito.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA - DO FORO

As dúvidas e questões oriundas da execução deste Contrato serão dirimidas no Foro da Justiça Federal de Primeiro Grau em Mato Grosso do Sul – 1ª Subseção Judiciária.

Assim, por estarem justas e acertadas, firmam as partes o presente Instrumento em meio eletrônico, constante no Processo Administrativo em epígrafe, por meio do Sistema Eletrônico de Informações da CONTRATANTE.