

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. O objeto da presente operação consiste na **contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no valor das consultas, e transporte médico aéreo**, destinados aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes, conforme especificações constantes neste Termo de Referência e seus anexos, nos termos da Lei nº 14.133/2021, observadas as disposições a seguir estabelecidas.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

2.1. A presente contratação vislumbra promover a saúde, bem como prevenir e tratar as doenças dos magistrados e servidores e respectivos familiares, melhorando a qualidade de vida no trabalho, além de efetivar o Programa de Assistência à Saúde, instituído em decorrência do art. 184, caput e inciso III, e artigo 230, § 3º, inciso II da Lei nº 8.112/90, e na Resolução CNJ nº 394, de 2019.

2.2. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual de 2023.

3. CLASSIFICAÇÃO DOS BENS COMUNS

3.1. O bem ou serviço é comum, com padrões de desempenho e qualidade que podem ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado, nos termos do inciso XIII do art. 6º da Lei nº 14.133/2021.

4. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

4.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento pelo MENOR PREÇO.

4.2. Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

4.3. Habilitação jurídica:

4.3.1. **Empresário individual:** inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

4.3.2. **Microempreendedor Individual - MEI:** Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

4.3.3. **Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI:** inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.3.4. **Sociedade simples:** inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

4.3.5. **Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária:** inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz.

4.3.6. **Sociedade cooperativa:** ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede.

4.3.7. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

4.4. Habilitação fiscal, social e trabalhista:

4.4.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

4.4.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

4.4.3. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

4.4.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452/1943;

4.4.5. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estaduais relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

4.4.6. Prova de regularidade com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

4.5. Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

4.6. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar nº 123/2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

4.7. Qualificação Econômico-Financeira:

4.7.1. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor (art. 69, inc. II, da Lei nº 14.133/2021);

4.7.2. Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), comprovados mediante a apresentação pelo licitante de balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais e obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

4.7.2.1. Liquidez Geral (LG) = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Passivo Não Circulante);

4.7.2.2. Solvência Geral (SG) = (Ativo Total) / (Passivo Circulante + Passivo não Circulante);

4.7.2.3. Liquidez Corrente (LC) = (Ativo Circulante) / (Passivo Circulante).

4.7.3. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação patrimônio líquido mínimo de 10% (dez por cento) do valor total anual estimado da contratação;

4.7.4. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura (art. 65, § 1º da Lei nº 14.133/2021);

4.7.5. O balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos (art. 69, § 6º, da Lei nº 14.133/2021).

4.9 Qualificação Técnica

4.9.1 Comprovação de aptidão para a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, de abrangência nacional, por meio da apresentação de certidão(ões) ou atestado(s), emitido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

4.9.2 Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.

4.9.3 O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à

contratação, endereço atual do Contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos necessários àquela comprovação.

4.9.4 Declaração de que cumpre os requisitos estabelecidos no item 15.

4.9.5 - Certidão válida de inscrição da empresa licitante no Conselho Regional de Medicina (CRM), referente ao exercício de 2023. No caso de certidão emitida por outra unidade da Federação, deverá ser apresentada com o visto do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul, por ocasião da contratação.

4.9.6 Comprovante de registro da empresa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

4.10 Não será admitida a participação de consórcios.

5. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. As despesas inerentes à presente contratação correrão parte à conta dos usuários e parte à conta do orçamento do Contratante, no Programa de Trabalho 02.331.0033.2004.0054 (Assistência médica e odontológica aos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes), nas Naturezas de Despesa 339039 (Assistência médico-hospitalar - magistrados, servidores e requisitados).

5.2. A Administração atesta a existência de créditos orçamentários vinculados à contratação e a vantagem em sua manutenção.

6. DO PREÇO MÁXIMO

6.1. O valor máximo mensal a ser pago por este Tribunal para o presente objeto é de **R\$ 2.026.420,70 (dois milhões, vinte e seis mil, quatrocentos e vinte reais e setenta centavos)**, e o valor global, para o período de 5 (cinco) anos, é de **R\$ 121.585.241,90 (cento e vinte e um milhões, quinhentos e oitenta e cinco mil, duzentos e quarenta e um reais e noventa centavos)**, observando-se a tabela constante do Anexo I.

7. DAS DEFINIÇÕES

7.1. **USUÁRIOS** - Os inscritos no plano de assistência à saúde na condição de beneficiários: titulares e dependentes.

7.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – Juízes do Trabalho em atividade ou inativos, os Juízes Classistas aposentados que recebam proventos da aposentadoria pelo Tribunal, os servidores do quadro efetivo, ativos ou inativos, os servidores ocupantes de cargo em comissão, os servidores cedidos de outros órgãos públicos, os servidores efetivos cedidos a outros órgãos, os servidores com lotação provisória neste Tribunal, que estejam usufruindo licença por motivo de afastamento do cônjuge, prevista no art. 84, § 2º, da Lei nº 8.112/1990, e os pensionistas vinculados ao órgão.

7.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** - Cônjuge ou companheiro(a); filhos(as), biológicos ou adotivos, enteado(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 do Tribunal contratante.

7.4. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - Valor a ser estabelecido para pagamento pelo beneficiário titular quando do preenchimento do termo de adesão ao plano de assistência à saúde coletivo empresarial, incluindo o valor correspondente à mensalidade dos beneficiários dependentes.

7.5. **REDE CREDENCIADA** - Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano de assistência à saúde coletivo empresarial por intermédio da Contratada.

7.6. **ABRANGÊNCIA DA REDE** - Todo território nacional, composta por instituições e profissionais na área de medicina, terapia e outras especialidades previstas no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

7.7. **OPERADORA** - Empresa com registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura e rede credenciada na área geográfica de atuação do Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região e garantia de atendimento em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656/1998 e normativos expedidos pela Agência Nacional

de Saúde Suplementar - ANS.

7.8. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – Serviço oferecido por operadora, empresa privada de assistência à saúde, com o intuito de prestar assistência médica e hospitalar.

7.9. PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO – Parcela devida pelo magistrado, servidor no custeio do plano de saúde.

7.10. COPARTICIPAÇÃO - Valor definido em contrato, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor da consulta estabelecida pela operadora, que deverá ser pago para realização de consultas médicas e debitado na folha de pagamento.

7.11. CARÊNCIA - Tempo que o beneficiário terá que esperar para ser atendido pelo plano de assistência à saúde em um determinado procedimento, observados os regramentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8. DA CONTRATAÇÃO

8.1. A prestação dos serviços dar-se-á mediante a formalização de contrato entre este Tribunal e a licitante vencedora, conforme minuta anexa ao edital.

8.1.1. Considera-se data da assinatura do contrato aquela constante do instrumento ou da aposição da última assinatura eletrônica se mais recente.

8.2. A **vigência do contrato será de 05 (cinco) anos, a contar de 1º.1.2024**, podendo ser prorrogada por igual período, mediante termo aditivo, observado o interesse público e a critério do Contratante, e o limite de 10 (dez) anos, nos termos do art. 107, da Lei nº 14.133/2021.

8.3. A prorrogação dependerá da realização de pesquisa de mercado, a ser realizada nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, que demonstre a vantagem para a Administração das condições e dos preços contratados.

8.4. Durante a vigência da contratação será permitida a fusão, a cisão, a incorporação, a alteração da razão social, desde que sejam mantidas as condições estabelecidas na contratação original, sem prejuízo às responsabilidades contratuais e legais decorrentes da sua execução, devendo a Contratada encaminhar cópia autenticada do registro da alteração no respectivo órgão, observadas as condições a seguir.

8.4.1. Na hipótese de alteração que possa repercutir na execução do contrato a Contratada deverá apresentar, ao Contratante, cópia autenticada do referido instrumento no prazo máximo de 15 (quinze) dias consecutivos, a contar do competente registro, sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis previstas neste instrumento para os casos de inexecução parcial.

8.4.2. Na hipótese de fusão, cisão e incorporação, comprovar as mesmas qualificações exigidas para fins de habilitação, no prazo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar do registro das alterações, sob pena de rescisão contratual e aplicação das penalidades decorrentes da inexecução total.

8.5. Em atenção aos artigos 2º, inc. VI, e 3º da Resolução CNJ nº 7/2005, com redação dada pelas Resoluções CNJ nº 9/2005 e nº 229/2016, é vedada a contratação, manutenção, aditamento ou prorrogação de contrato, inclusive de prestação de serviços, com empresa que tenha ou venha ter em seu quadro societário, ou ainda que tenha ou venha a contratar empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, dos magistrados ocupantes de cargos de direção ou no exercício de funções administrativas, assim como de servidores ocupantes de cargos de direção, chefia e assessoramento, de membros ou juízes vinculados ao Contratante, bem como daqueles servidores vinculados direta ou indiretamente às unidades situadas na linha hierárquica da área encarregada da licitação.

8.6. É vedada, também, a manutenção, aditamento ou prorrogação de contrato de prestação de serviços com empresa que tenha entre seus empregados colocados à disposição dos Tribunais para o exercício de funções de chefia, pessoas que incidam na vedação dos artigos 1º e 2º da Resolução CNJ nº 156/2012.

9. DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE

9.1. Em observância à Resolução CSJT nº 310/2021, que aprovou o Guia de Contratações Sustentáveis da Justiça do Trabalho, a Contratada deverá observar os seguintes critérios de sustentabilidade:

9.1.1. Cumprir, se for o caso, o quantitativo mínimo previsto no art. 93 da Lei nº 8.213/1991, que estabelece que a empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência;

9.1.2. Empregar, se for o caso, um número de jovens aprendizes equivalente a 5% (cinco por cento), no mínimo, e 15% (quinze por cento), no máximo, dos trabalhadores existentes, conforme estipula o art. 429 da CLT (Decreto-Lei nº 5.452/1943);

9.1.2.1. Em observância ao inciso III, art. 51 da Lei Complementar 123/2006, ficam dispensadas as empresas de pequeno porte e microempresas de empregar e matricular seus aprendizes nos cursos dos Serviços Nacionais de Aprendizagem.

9.1.3. Não possuir inscrição no cadastro de empregadores flagrados explorando trabalhadores em condições análogas às de escravo, instituído pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Portaria nº 540/2004;

9.1.4. Não ter sido condenada por infringir as leis de combate à discriminação de raça ou de gênero, ao trabalho infantil e ao trabalho escravo, em afronta a previsão aos artigos 1º e 170 da Constituição Federal de 1988; do artigo 149 do Código Penal Brasileiro; do Decreto nº 5.017/2004 (promulga o Protocolo de Palermo) e das Convenções da OIT nos 29 e 105.

9.2. A comprovação dos critérios de sustentabilidade poderá ser feita mediante apresentação de certificação emitida por instituição pública oficial ou instituição credenciada, ou por declaração da Contratada.

10. DAS ORDENS DE SERVIÇO

10.1. Os serviços deverão ter **início no dia 1º.1.2024**, conforme disposição contratual definindo o termo inicial.

11. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1. Os serviços a serem contratados serão prestados por meio de regime de execução indireta, empreitada por preço unitário, mediante **preço pré-fixado, com variação de valores por faixa etária**.

12. DA ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS

12.1. A abrangência dos serviços deverá ser a nível nacional, prestado por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, abrangendo o Distrito Federal e todos os Estados da federação.

12.2. Será obrigatório o atendimento dos Magistrados, Servidores, Pensionistas e respectivos dependentes (usuários), localizados em qualquer dos locais acima.

13. DAS CONDIÇÕES DOS SERVIÇOS DE TRANSPORTE MÉDICO AÉREO

13.1. O serviço será prestado através da contratação de Transporte Aeromédico, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, aos usuários regularmente inscritos no Plano Privado de Assistência à Saúde, nos termos da Instrução Suplementar nº 135-005, Revisão A (IS nº 135-005A), aprovada pela Portaria nº 7.630/SPO, de 23/03/22 da ANAC e da Resolução CFM nº 1.672/2003 e legislação aplicável.

13.2. A remoção do usuário deverá ser realizada nos casos de transferência de um estabelecimento médico-hospitalar para outro que atenda o plano no qual o usuário esteja inscrito, dentro do território nacional, e, eventualmente, para estabelecimento privado, desde que, neste último caso, as despesas com o respectivo estabelecimento sejam de responsabilidade do usuário.

13.3. Os serviços de transporte aéreo deverão ser requisitados pelo médico que estiver assistindo o usuário, diretamente à Contratada.

13.4. Para que se justifique a requisição desses serviços, é necessário que o usuário apresente pelo menos uma das seguintes condições, sem prejuízo de outras conforme condição clínica devidamente atestada e cujo transporte seja requerido por médico:

13.4.1. traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;

13.4.2. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;

13.4.3. tratamento da face, que necessite cirurgia de reconstituição;

13.4.4. traumatismo ocular grave que possibilite de perda da visão;

13.4.5. traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;

- 13.4.6. embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
- 13.4.7. choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com mais recursos (ex.: balão intra aórtico e cirurgia cardíaca);
- 13.4.8. cirurgia cardíaca;
- 13.4.9. pós operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- 13.4.10. queimaduras elétricas, térmicas, químicas e com área corpórea afetada maior que 30% (trinta por cento);
- 13.4.11. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas; discretas alterações das enzimas e que necessite de comprovação diagnóstica com Cineangiografografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;
- 13.4.12. discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com Cineangiografografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva estar internado em centro de terapia intensiva;
- 13.4.13. aneurisma dissecante de aorta que necessite centro de terapia intensiva;
- 13.4.14. hipertensão associada a falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
- 13.4.15. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- 13.4.16. pancreatite aguda (critério de Ranon);
- 13.4.17. trauma torácico / contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- 13.4.18. asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- 13.4.19. insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- 13.4.20. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- 13.4.21. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- 13.4.22. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- 13.4.23. assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- 13.4.24. politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local, não haja condições para tal procedimento);
- 13.4.25. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção clínica ortopédica e/ou vascular;
- 13.4.26. fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de origem, não haja condições técnicas;
- 13.4.27. traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando no local de origem não haja condições técnicas;
- 13.4.28. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- 13.4.29. intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária com instabilidade hemodinâmica;
- 13.4.30. afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- 13.4.31. amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);

- 13.4.32. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
- 13.4.33. picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira centro de terapia intensiva.
- 13.5. Não fazem parte da cobertura do serviço de transporte médico aéreo as seguintes condições:
- 13.5.1. coma reversível do paciente;
- 13.5.2. quadro sem possibilidades terapêuticas do paciente (fase terminal);
- 13.5.3. decorrência de atos médicos experimentais em desacordo com o código brasileiro de deontologia médica;
- 13.5.4. lesões decorrentes de atos voluntários ou tentativas de suicídio;
- 13.5.5. condições decorrentes de uso de bebida alcoólica pelo paciente;
- 13.5.6. condições decorrentes de uso voluntário de drogas ilícitas pelo paciente;
- 13.5.7. distúrbios de comportamento que coloquem em risco a integridade da tripulação e equipe médica;
- 13.5.8. atendimento para controle de tratamento ambulatorial;
- 13.5.9. atendimento para investigação de sintomas gerais (como febre e mal-estar);
- 13.5.10. realização de exames clínicos;
- 13.5.11. crises asmáticas leves;
- 13.5.12. trabalho de parto;
- 13.5.13. distúrbios neuro-vegetativos;
- 13.5.14. outras patologias que não caracterizem emergências médicas.
- 13.6. Se alguma das patologias descritas no subitem 13.4 for decorrente de tentativa de suicídio, o usuário não terá cobertura do serviço, e, caso o atendimento ocorra, os custos decorrentes serão de responsabilidade do Contratante;
- 13.7. No caso de paciente com insuficiência renal crônica, o transporte aéreo será realizado somente se o paciente apresentar quadro de risco, com comprovado desdobramento negativo da sua condição original, fato a ser confirmado através de diagnóstico do médico da Contratada em contato com o médico do paciente.
- 13.8. É de inteira responsabilidade do médico assistente do paciente a missão de informar ao médico da Contratada quanto ao quadro clínico do mesmo, inclusive quando apresentar sintomas derivados de casos de restrições previstas no subitem 13.5, incorrendo em sanções éticas e profissionais, sem prejuízo dos procedimentos legais pertinentes.
- 13.9. As aeronaves transportadoras do usuário não disponibilizarão qualquer peça ou aparelho de prótese, e deverão estar equipadas com marca-passo externo e todos os itens necessários para atender os pacientes enquadrados no item 13.4.
- 13.10. Caberá à Contratada definir o tipo de transporte a ser utilizado em função do estado de saúde do usuário, de suas disponibilidades, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas;
- 13.11. Salvo excepcional impossibilidade de transporte por via terrestre, o transporte aeromédico somente se efetivará se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 100 Km (cem quilômetros) do hospital de destino, devendo a abrangência dos serviços ser a nível nacional.
- 13.12. Nenhuma responsabilidade civil ou criminal caberá à Contratada por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por usuários transportados, exceto se comprovado que o dano ao usuário ou seu acompanhante, se for o caso, ocorreu por ação ou omissão, negligência, imprudência ou imperícia da Contratada ou de seu agente, devendo a prestadora manter seguro para cobertura de tais sinistros.
- 13.13. Na hipótese de necessidade de transporte de paciente portador de doença infecto-contagiosa, o médico assistente do paciente deverá informar a condição para a preparação da tripulação técnica e adequação dos meios e procedimentos relativos ao isolamento e proteção. A inobservância deste item por

parte do médico assistente do paciente poderá acarretar sanções de ordem ética profissional, sem prejuízo de procedimentos legais pertinentes.

13.14. Não haverá carência para os usuários inicialmente admitidos neste contrato. Para os demais usuários posteriormente admitidos, a carência do serviço de transporte médico aéreo seguirá, no que couber, os critérios de carência previstos no item 19.

14. DAS CONDIÇÕES DOS SERVIÇOS DO PLANO DE SAÚDE

14.1. O serviço 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, sendo permitida a cobrança de coparticipação de **50% (cinquenta por cento) no valor das consultas**, 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 9.656/1998 e legislação aplicável.

14.2. Para efeito do subitem anterior, consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

14.3. A contratação dar-se-á pelo regime **Coletivo Empresarial**, nos termos do art. 16, VII, alínea b da Lei nº 9.656/1998, pelo sistema de mensalidade pré-fixada (pré-pagamento), aceitando-se o reembolso nos casos exclusivamente previstos neste 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.

14.4. 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.

14.5. O Plano Privado de Assistência à Saúde contratado deverá estar de acordo com o art. 230, § 3º, inc. II da Lei nº 8.112/1990 e nos termos da Lei nº 9.656/1998, observando-se todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

15. DA REDE DE ATENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE

15.1. Os serviços serão prestados pela rede assistencial da operadora ou seguradora, que compreende a rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado em número mínimo de 30.000 (trinta mil) prestadores de serviços em âmbito nacional, incluindo médicos, hospitais clínicas, laboratórios e pronto-socorros.

15.1.1. A contratada deverá possuir rede suficiente para o atendimento nas localidades onde estão instaladas unidades do TRT da 24ª Região, com pelo menos 1.500 (mil e quinhentos) credenciados na capital, e pelo menos 2.000 (dois mil) credenciados considerando-se a soma das demais cidades do Estado de Mato Grosso do Sul.

15.1.2. 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 ANS nº 556/2022 e atualizações/alterações.

15.2. Durante todo o contrato, a operadora/seguradora deverá manter e, se possível, aumentar a quantidade da rede de atendimento contratada, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

15.3. A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e comunicação ao Tribunal, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

16. DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

16.1. O Plano Privado de Assistência à Saúde (PPAS) a ser contratado é o AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, sendo permitida a cobrança de coparticipação de 50% (cinquenta por

cento) do valor referencial de tabela da operadora para consultas, a ser descontado em folha de pagamento dos titulares, com a seguinte acomodação:

16.1.1. Internação individual, realizada em **apartamento**, com banheiro privativo, ar condicionado e direito à acompanhante, observando-se o subitem 17.3.6 e, se a unidade hospitalar dispor, inclui-se televisão e frigobar (não incluso o consumo).

17. DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS NO PLANO DE SAÚDE

17.1. 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 9.656/1998 e suas alterações, e em todas as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, nos termos do art. 14 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, 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**.

17.2. **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:

17.2.1. 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;

17.2.2. 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;

17.2.3. Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados na Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e anexos, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

17.2.4. Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com número de sessões estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e anexos, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

17.2.5. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e anexos, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

17.2.6. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e alterações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

17.2.7. Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e alterações a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para segmentação ambulatorial;

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

17.2.9. 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;

17.2.10. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

17.2.11. 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;

17.2.12. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as características previstas nas alíneas “a” e “b” do inciso X do art. 18 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021.

17.2.13. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS para a segmentação ambulatorial;

17.2.14. 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 465/2021, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela ANS;

17.2.15. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

17.2.16. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e alterações ou normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sem restrição de grau.

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

17.2.17.1. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

17.2.17.2. Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

17.2.17.3. Embolizações.

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

17.3. **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 inciso X do art. 19 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e alterações, observadas as seguintes exigências:

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

17.3.2. Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

17.3.3. Cobertura de transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e suas alterações e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

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

17.3.3.2. Os medicamentos utilizados durante a internação;

17.3.3.3. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

17.3.3.4. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

17.3.4. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, observando os critérios das alíneas “a” e “b” do art. 19 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e alterações;

17.3.5. Cobertura a órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e suas alterações.

17.3.6. 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:

17.3.6.1. Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

17.3.6.2. Idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade;

17.3.6.3. Pessoas com deficiência;

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

17.3.7. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, com suas alterações e normativas a serem expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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;

17.3.8. 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;

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

17.3.9.1. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

17.3.9.2. Quimioterapia oncológica ambulatorial como definida no inciso IX do art. 18 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

17.3.9.3. Procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa nº 465/2021, e suas alterações e nas demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

17.3.9.4. Hemoterapia;

17.3.9.5. Nutrição parenteral ou enteral;

17.3.9.6. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e suas alterações e nas demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

17.3.9.7. Embolizações listadas nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e suas alterações e nas demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

17.3.9.8. Radiologia intervencionista;

17.3.9.9. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

17.3.9.10. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e suas alterações e nas demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

17.3.9.11. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, e suas alterações e nas demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

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

17.3.10.1. 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.

17.3.10.2. 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;

17.3.10.3. 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.

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

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

17.4.1.1. Pré-parto;

17.4.1.2. Parto;

17.4.1.3. Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico;

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

17.4.3. 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 formalização da adoção. A isenção de carência ao recém-nascido no prazo acima, para ingresso no plano deste Tribunal, independe do cumprimento de carência pelo genitor (mãe ou pai) inscrito no plano.

17.4.4. Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, consoante o disposto no art. 5º da Resolução Normativa ANS nº 465/2021.

17.5. 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

17.6. 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 9.656/1998

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

17.7.1. O plano também deverá dar cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, no plano ambulatorial e hospitalar, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, nos termos do art. 12 da Lei nº 9.656/1998, com alterações e demais normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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:

17.7.1.1. Custeio integral de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para que os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

17.7.1.2. Custeio integral de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

17.7.2. 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 1º e 2º do art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021.

18. DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS NÃO COBERTOS NO PLANO DE SAÚDE

18.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998 estão excluídos de cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, ressalvadas as coberturas previstas neste termo.

18.2. Estão excluídos os seguintes procedimentos dentro das coberturas:

18.2.1. Tratamentos clínicos, procedimentos e exames decorrentes de tratamentos não custeados pela operadora, exceto se o evento/consequência encontrar-se previsto, no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento, ocasião em que a cobertura será obrigatória independentemente da causa;

18.2.2. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, para patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças – CID 10, vigente na data do evento;

18.2.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

18.2.4. Tratamentos e cirurgias não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico;

18.2.5. Cirurgias para mudança de sexo;

18.2.6. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos com finalidades estéticas, cosméticas bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

18.2.7. Internações ou hotelaria em SPA's ou clínicas de emagrecimento, seus procedimentos, materiais ou medicamentos e honorários profissionais;

18.2.8. Escleroterapia de varizes;

18.2.9. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos de natureza estética em geral;

18.2.10. Tratamentos clínicos e/ ou cirurgias, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; tratamento cirúrgico para obesidade que não se enquadrem nos critérios definidos pelo ministério da saúde;

18.2.11. Transplantes não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

18.2.12. Implantes que não constem do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento;

18.2.13. Procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

18.2.14. Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

18.2.15. Aviação de óculos; gesso sintético; aparelhos de surdez; aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função;

18.2.16. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;

18.2.17. Fornecimento de prótese, órtese, e acessórios, não registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

18.2.18. Medicamentos ainda não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

18.2.19. Medicamentos e materiais importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

18.2.20. Vacinas;

18.2.21. Despesas hospitalares extraordinárias referentes a ligações telefônicas, lavagem de roupas

particulares, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável, produtos de higiene pessoal, ou outros serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário que excedem o limite do contrato;

18.2.22. Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido no contrato, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito comprovada e informada previamente;

18.2.23. Despesas de acompanhantes, exceto as previstas neste termo, conforme subitem 17.3.6;

18.2.24. Inseminação artificial;

18.2.25. Procedimentos odontológicos, exceto cirurgia buco-maxilo-facial em conformidade com o rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;

18.2.26. Serviços de enfermagem em caráter particular;

18.2.27. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as situações previstas em regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

18.2.28. Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas no Código Internacional de Doenças – CID 10;

18.2.29. Procedimentos que estejam em desacordo com o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigentes à época do evento;

18.2.30. Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

18.2.31. Fornecimento de medicamentos para manutenção de pacientes transplantados, salvo durante a internação hospitalar;

18.2.32. Transporte de beneficiário, exceto nos casos previstos nos normativos vigentes ou outras que venham substituí-las;

18.2.33. Hidroginástica e reeducação postural geral (RPG).

18.2.34. Todos os procedimentos que não sejam solicitados e/ou realizados por médicos assistentes;

18.2.35. Atendimento ocorrido em estabelecimentos não pertencentes à rede credenciada, cooperada ou referenciada, exceto para os casos de urgência e emergência, consoante o previsto no subitem 18.4;

18.2.36. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

18.3. Os procedimentos previstos nos subitens acima passarão a ser cobertos, caso passem a integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

18.4. Conforme subitem 18.2.35 acima descrito, 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. Contudo, 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 Resolução Normativa ANS nº 556/2022 e respectivas alterações.

18.5. É facultado à Contratada, nos termos do art. 14 da Resolução Normativa ANS nº 465/2021, disponibilizar a assistência e internação domiciliar.

19. DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA NO PLANO DE SAÚDE

19.1. Em virtude do plano privado de assistência à saúde ser pactuado pelo regime de contratação coletivo empresarial com número de participantes superior a 30 (trinta) beneficiários, não haverá cláusula de agravo, nem cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, 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 formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo, bem como dos novos magistrados e servidores, e seus dependentes, que formalizar o pedido de ingresso até 30 (trinta) dias da data de admissão no TRT da 24ª Região.

19.2. 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 Resolução Normativa ANS nº 465/2021 e nos itens 4 a 5 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

19.3. O menor de 12 (doze) 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 do item 7 da Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

19.4. 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.

19.5. Com exceção aos itens anteriores, haverá carência apenas para os novos usuários admitidos a este plano incluídos nos termos desta contratação, conforme definido abaixo:

19.5.1. 90 (noventa) dias para internações cirúrgicas;

19.5.2. 300 (trezentos) dias para partos a termo;

19.5.3. 60 (sessenta) dias para tomografias e ressonâncias magnéticas;

19.5.4. 120 (cento e vinte) dias para cirurgias cardíacas.

19.6. O subitem 19.5 e respectivos subitens deverão observar o disposto na Súmula Normativa ANS nº 25/2012.

20. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

20.1. 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:

20.1.1. Consultas médicas;

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

20.1.3. Radiologia simples sem contraste;

20.1.4. Eletrocardiograma;

20.1.5. Tonometria;

20.1.6. Colposcopia.

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

20.3. A Contratada deverá providenciar as autorizações observando-se os prazos para atendimento ao usuário, previstos na Resolução Normativa ANS nº 556/2022 e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob pena de incorrer nas penalidades previstas no item 40.

21. DO REEMBOLSO DAS DESPESAS DO PLANO DE SAÚDE

21.1. 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 ocorridos em território nacional, quando não tenha sido possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados, correspondente ao plano contratado.

21.2. O reembolso de que trata o item 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 ou disponibilizada na internet.

21.3. A operadora/seguradora enviará mensalmente um relatório dos reembolsos solicitados e realizados

contendo os seguintes dados: beneficiário, número do cartão, procedimento realizado, valor solicitado, valor reembolsado.

21.4. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento do procedimento, e em caso de internação considera-se data do evento o dia da alta hospitalar.

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

21.5.1. 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;

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

21.5.3. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, com os respectivos números do Conselho Regional de Medicina - CRM, discriminando funções e evento a que se referem;

21.5.4. 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.

22. DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELO PLANO DE SAÚDE

22.1. Deverá ser dada a cobertura de remoção inter-hospitalar, por ambulância, após 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 13/1998 e demais normas vigentes.

23. DOS USUÁRIOS: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO, PERMANÊNCIA E EXCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE

23.1. São usuários do Plano, Juízes e Servidores do Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região e seus respectivos dependentes, sendo:

23.1.1. **Usuário TITULAR:** Juízes do Trabalho em atividade ou inativos, os Juízes Classistas aposentados que recebam proventos da aposentadoria pelo Tribunal, os servidores do quadro efetivo, ativos ou inativos, os servidores ocupantes de cargo em comissão, os servidores cedidos de outros órgãos públicos, os servidores efetivos cedidos a outros órgãos, os servidores com lotação provisória neste Tribunal, que estejam usufruindo licença por motivo de afastamento do cônjuge, prevista no art. 84, § 2º, da Lei nº 8.112/1990, e os pensionistas vinculados ao órgão.

23.1.2. **Usuário DEPENDENTE:** Cônjuge ou companheiro(a); filhos(as), biológicos ou adotivos, enteados(as), os menores sob guarda judicial do titular e os dependentes classificados como especiais (agregados), especificados em Resolução ou Ato do Tribunal contratante.

23.1.2.1. A inclusão de dependentes dependerá da participação do(a) titular no plano de assistência à saúde, prevalecendo ao dependente a mesma opção de plano do titular.

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

23.3. A emissão e entrega das Carteiras de Identificação deverá ser realizada para o Tribunal no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento da solicitação de inclusão ou do pedido de 2ª via.

23.4. As inclusões serão encaminhadas pelo Tribunal à Contratada até o último dia útil 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 no Tribunal, quando necessário para não cumprir carência, em virtude dos prazos estipulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

23.5. O Tribunal informará à Contratada, até o último dia útil de cada mês, as exclusões de usuários, encaminhando os respectivos cartões de identificação ou comprovando sua destruição.

23.6. É assegurado ao servidor/magistrado exonerado pelo Tribunal, sem que haja justa causa, que

contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo com o TRT da 24ª Região, 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 nº 9.656/1998, devendo todas as tratativas ser realizadas diretamente com o plano de saúde, uma vez que o vínculo passará a ser exclusivamente com operadora.

23.6.1. O período de manutenção após a exoneração de que trata o item 23.6 será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano de saúde do TRT da 24ª Região, com um prazo mínimo assegurado de 6 (seis) e um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, no mesmo plano em que se encontrava quando da exoneração, na forma prevista nos artigos 4º e 13, inciso I, Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

23.6.1.1. A manutenção temporária do beneficiário ocorrerá no mesmo plano contratado, consoante art. 13, inc. I da Resolução Normativa ANS nº 279/2011, nas mesmas condições e valores constantes do contrato.

23.6.2. A manutenção acima é extensiva, obrigatoriamente, a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo com o TRT da 24ª Região.

23.6.3. A condição prevista no subitem 23.6 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 subitem 23.6.4 e pelo cancelamento pelo Tribunal do plano de saúde.

23.6.4. 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.

23.6.4.1. A contagem do prazo previsto no subitem 23.6.4 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.

23.6.5. O previsto no subitem 23.6 não se aplica na hipótese de exoneração, vacância ou dispensa, a pedido do magistrado ou servidor.

23.7. Em caso de morte do titular, havendo pensionista, este assume a titularidade do plano, garantindo o direito de permanência aos dependentes inscritos. 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 subitem 23.6 e respectivos subitens, consoante art. 30, § 3º da Lei nº 9.656/1998.

23.7.1. Em caso de morte do titular e não havendo o interesse no período de permanência acima, os dependentes poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, para os planos e condições previstas no art. 7º- B da Resolução Normativa ANS nº 252/2011.

23.7.2. Nas situações de permanência temporária descrita no subitem 23.7, após o período previsto no subitem 23.6.1 o(a)s beneficiário(a)s será(ão) excluído(s) do plano do TRT da 24ª Região. O aproveitamento de carências para outros planos deverá observar a Súmula Normativa ANS nº 21/2011, Resolução Normativa ANS nº 252/2011 e demais normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

23.7.3. No caso de aposentadoria de servidor cedido/removido para o TRT da 24ª Região, que se aposentar pelo órgão de origem ou pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, a permanência no plano de saúde somente será realizada se houver norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou outro de outro órgão competente que determine neste sentido.

23.7.4. 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 ou adoção, prazo necessário à inclusão do dependente em plano de saúde, sem o cumprimento de carência.

23.7.5. No caso de inclusão de usuários com doenças ou lesões preexistentes, não será cobrado agravo, nem haverá cobertura parcial temporária.

23.7.6. Não haverá exclusão de usuários ou impedimento no ingresso do plano de saúde, por doença e lesões preexistentes.

23.7.7. Perderá a condição de beneficiário do plano de saúde do TRT da 24ª Região, respeitadas as condições estabelecidas no subitem 23.6, o magistrado ou servidor, e seus dependentes, que perder o vínculo com o TRT da 24ª Região, como nos casos de exoneração, demissão, redistribuição de cargos, dispensa de

cedidos, ou retorno de removidos, etc., respeitadas as garantias previstas em normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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 do TRT da 24ª Região.

24. DOS SERVIÇOS E DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

24.1. Após o recebimento com os nomes dos usuários a serem inscritos, a operadora/seguradora encaminhará ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região:

24.1.1. Relação da rede de atendimento, com a indicação de suas especialidades e endereços completos;

24.1.2. Relação dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

24.1.3. Cartões de identificação dos usuários, contendo informações sobre o tipo de plano e outros dados para facilitar o atendimento com validade mínima de 5 (cinco) anos, correspondente ao período de duração do contrato;

24.1.4. Sem prejuízo da entrega de cartões de identificação de que trata o subitem 24.1.3, a operadora/seguradora também deverá disponibilizar, mediante ampla divulgação, cartão digital a ser utilizado por meio de aplicativo, com as respectivas instruções de uso.

24.2. 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 de, no máximo, **R\$ 12,85 (doze reais e oitenta e cinco centavos)** pela emissão de 2ª via do cartão de identificação em caso de extravio, roubo, furto ou inutilização da via original.

24.2.1. 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.

24.2.2. 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.

24.3. 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.

24.4. 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 (trinta) dias subsequentes ao nascimento ou adoção, pelo cartão da mãe ou pai, inscritos no plano.

24.5. Não haverá cobrança pela instalação ou uso do aplicativo destinado ao cartão digital.

24.5.1. A realização de consulta com utilização do cartão digital também enseja a cobrança da coparticipação de que trata o subitem 7.10.

25. DO VALOR INDIVIDUAL DO PLANO DO PLANO DE SAÚDE E DO TRANSPORTE MÉDICO AÉREO

25.1. 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:

25.1.1. O valor fixado para a última faixa etária não deverá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, devendo ainda obedecer o limite de 6% (seis por cento) entre as faixas etárias até a penúltima e de 10% (dez por cento) da penúltima para a última, a fim de garantir a manutenção do quantitativo inscrito;

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

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

25.2. Com base nos critérios acima e valores estabelecidos para esta contratação, o valor individual do plano não poderá exceder ao valor abaixo:

FAIXA	MASC	FEMI	QTDE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR MÁXIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÁXIMO
-------	------	------	------	-------	-------	-------	--------------	--------------	--------------

ETÁRIA	ULINO	NINO	TOTAL	MÁXIMO MENSAL TRANSPORTE AÉREO POR BENEFICIÁRIO	MÁXIMO MENSAL PLANO DE SAÚDE POR BENEFICIÁRIO	MÁXIMO MENSAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE POR BENEFICIÁRIO	MENSAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE	ANUAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE	TOTAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE (cinco anos)
0-18	252	263	515	R\$ 5,73	R\$ 489,25	R\$ 494,98	R\$ 254.912,76	R\$ 3.058.953,16	R\$ 15.294.765,78
19- 23	66	67	133	R\$ 5,73	R\$ 519,10	R\$ 524,83	R\$ 69.802,79	R\$ 837.633,45	R\$ 4.188.167,25
24-28	52	65	117	R\$ 5,73	R\$ 550,24	R\$ 555,97	R\$ 65.048,55	R\$ 780.582,57	R\$ 3.902.912,83
29-33	63	67	131	R\$ 5,73	R\$ 582,68	R\$ 588,41	R\$ 77.082,00	R\$ 924.984,04	R\$ 4.624.920,20
34-38	104	115	219	R\$ 5,73	R\$ 617,73	R\$ 623,46	R\$ 136.538,29	R\$ 1.638.459,42	R\$ 8.192.297,10
39-43	113	144	257	R\$ 5,73	R\$ 655,37	R\$ 661,10	R\$ 169.902,12	R\$ 2.038.825,43	R\$ 10.194.127,13
44-48	89	110	199	R\$ 5,73	R\$ 694,30	R\$ 700,03	R\$ 139.305,07	R\$ 1.671.660,87	R\$ 8.358.304,34
49-53	96	125	221	R\$ 5,73	R\$ 735,82	R\$ 741,55	R\$ 163.882,55	R\$ 1.966.590,57	R\$ 9.832.952,85
54-58	90	98	188	R\$ 5,73	R\$ 779,95	R\$ 785,68	R\$ 147.708,40	R\$ 1.772.500,82	R\$ 8.862.504,11
59 +	393	536	929	R\$ 5,73	R\$ 857,82	R\$ 863,55	R\$ 802.238,17	R\$ 9.626.858,06	R\$ 48.134.290,31
TOTAL	-	-	2.909	-	-	-	R\$ 2.026.420,70	R\$ 24.317.048,38	R\$ 121.585.241,90

25.3. A taxa de emissão por 2ª via de cartão não poderá exceder ao valor constante do subitem 24.2.

25.4. O valor global estimado para a contratação, para 5 (cinco) anos, é de **R\$ 121.585.241,90 (cento e vinte e um milhões, quinhentos e oitenta e cinco mil, duzentos e quarenta e um reais e noventa centavos)**.

26. DAS QUANTIDADES DE USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS NO PLANO DE SAÚDE E DO TRANSPORTE MÉDICO AÉREO

26.1. A quantidade total de usuários que ingressarão nos planos é de aproximadamente 2.909 (dois mil novecentos e nove), podendo variar conforme as necessidades do TRT da 24ª Região, observados os limites de acréscimo e supressão previstos em lei.

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

27. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

27.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

27.2. As comunicações entre o Contratante e a Contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

27.3. O Contratante poderá convocar o preposto da Contratada para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

27.4. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo Fiscal do contrato ou pelos respectivos substitutos.

27.5. O Fiscal do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração, permitida ao CONTRATANTE a contratação de terceiros para assisti-los e subsidiá-los com informações pertinentes a essa atribuição.

27.6. O Fiscal do contrato anotarà no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

27.7. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o Fiscal do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

27.8. O Fiscal do contrato informará ao Gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

27.9. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o Fiscal do contrato comunicará o fato imediatamente ao Gestor do contrato.

27.10. O Fiscal do contrato comunicará ao Gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual.

27.11. O Gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos Fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassem a sua competência.

27.12. O Fiscal do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da Contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

27.13. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o Fiscal do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao Gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

27.14. O Gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.

27.15. O Gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da Contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotarà os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

27.16. O Gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelo Fiscal quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pela Contratada e a eventuais penalidades aplicadas.

27.17. Caso o Gestor do contrato se depare com situação enquadrada nas sanções previstas nos incisos III e IV do caput do art. 156 da Lei nº 14.133/2021, deverá comunicar o fato a Administração deste Tribunal para instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 dessa mesma Lei, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

27.18. A aplicação das sanções previstas nos incisos III e IV do *caput* do art. 156 da Lei nº 14.133/2021 requererá a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o contratado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

27.19. A aplicação das sanções previstas nos incisos I do *caput* do art. 156 da Lei nº 14.133/2021 tem o intuito de colocar a Contratada em nível de alerta, de forma a aumentar o controle de seus atos no cumprimento das obrigações contratuais, evitando com isso uma eventual reiteração de conduta infracional, nos casos em que não caiba aplicação de penalidades pecuniárias.

27.20. A aplicação das sanções previstas nos incisos II do *caput* do art. 156 da Lei nº 14.133/2021 tem o intuito de reparar os eventuais prejuízos decorrentes de atraso injustificado na execução do objeto ou de suas etapas.

27.21. O Gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

27.22. O Gestor do contrato deverá realizar os procedimentos de liquidação e pagamento, no valor

dimensionado pela fiscalização do contrato.

28. DOS DEVERES DO CONTRATANTE

28.1. Incumbe ao Contratante:

28.1.1. **Informar à Contratada, após a assinatura do contrato, o nome do Fiscal da Contratação, o telefone e endereço de e-mail para contato;**

28.1.2. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela Contratada, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos da proposta apresentada;

28.1.3. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada, relativos ao objeto da contratação, no prazo de 2 (dois) dias úteis;

28.1.4. Efetuar o pagamento à Contratada no prazo estabelecido neste Termo de Referência, após o ateste da respectiva nota fiscal/fatura;

28.1.5. Fiscalizar a execução da contratação, bem como as obrigações assumidas pela Contratada, por meio de servidor denominado Fiscal do contrato;

28.1.6. Manifestar-se formalmente em todos os atos relativos à execução do contrato, em especial, aplicação de sanções e alterações.

29. DOS DEVERES DA CONTRATADA

29.1. Incumbe à Contratada:

29.1.1. Cumprir integralmente os termos da proposta, as obrigações, os prazos e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência e no Contrato.

29.1.2. Credenciar, perante o Contratante, um representante para prestar os devidos esclarecimentos e atender às reclamações que porventura surgirem durante a execução do contrato, indicando nome, endereço e telefone de contato.

29.1.3. Encaminhar o Recibo da Nota de Empenho no prazo de 2 (dois) dias úteis após seu recebimento, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis na ausência de motivo justificável devidamente comprovado;

29.1.4. Manter durante todo o período de vigência da contratação, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, sob pena de aplicação das sanções contratuais e legais cabíveis;

29.1.5. Comunicar formalmente, por escrito e em via impressa, qualquer alteração do domicílio e endereço empresarial.

29.1.6. Informar por escrito quaisquer alterações de telefone (fixo ou celular) e de e-mail da empresa, sendo que facultativamente esta informação poderá ser feita por meio eletrônico (e-mail, SMS ou WhatsApp) encaminhado exclusivamente ao endereço de e-mail ou telefone indicados pelo Gestor ou Fiscal do contrato.

29.1.7. Prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo responsável pela Gestão/Fiscalização da execução do Contrato.

29.1.8. Responder integralmente por perdas e danos que vier a causar ao Contratante ou a terceiros em razão de ação ou omissão, dolosa ou culposa, sua ou de seus representantes/empregados, ou ainda por infrações à legislação em vigor, independentemente de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita.

29.1.9. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27 da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor);

29.1.10. Apresentar a comprovação dos critérios de sustentabilidade previstos no item 9;

29.1.11. Executar os serviços direcionados à prevenção de doenças e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, na forma determinada neste termo de referência e na legislação vigente acerca da matéria;

29.1.12. Efetuar e manter o registro dos produtos contratados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos prazos estabelecidos por aquela Agência;

29.1.13. Informar o percentual dos reajustes de preços à Agência Nacional de Saúde Suplementar -

ANS, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinação daquela Agência;

29.1.14. Garantir o atendimento de titulares e dependentes em todo o território nacional, inclusive os residentes em outros Estados;

29.1.15. Dispor de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado, em número mínimo de 30.000 (trinta mil) prestadores de serviços em âmbito nacional, incluindo médicos, hospitais clínicas, laboratórios e pronto-socorros, bem como possuir rede suficiente para o atendimento nas localidades onde estão instaladas unidades do TRT da 24ª Região, com pelo menos 1.500 (mil e quinhentos) credenciados na capital e pelo menos 2.000 (dois mil) credenciados considerando-se a soma das demais cidades do Estado de Mato Grosso do Sul.

29.1.16. Atender às solicitações e às determinações do Fiscal do contrato, bem como fornecer todas as informações e elementos necessários à fiscalização dos serviços;

29.1.17. Fornecer relatórios detalhados de utilização dos serviços, em arquivo Excel, sempre que solicitado, contendo no mínimo as seguintes informações:

29.1.17.1. Identificação do usuário;

29.1.17.2. Data, local e profissional responsável pelo atendimento;

29.1.17.3. Tipo de procedimento/atendimento realizados;

29.1.17.4. Materiais e insumos utilizados no procedimento/atendimento;

29.1.17.5. Quantitativos dos procedimentos, atendimentos, materiais e insumos;

29.1.17.6. Valores unitários dos procedimentos, atendimentos, materiais e insumos.

29.1.18. Manter, em página da internet, a relação atualizada de médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços credenciados, que possibilite a consulta ao usuário para utilização do plano em qualquer Estado da Federação ou no Distrito Federal, devendo constar os nomes, endereços, especialidades e horários de atendimento.

29.1.19. Disponibilizar atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas por dia, para autorizações e informações sobre os serviços contratados, sendo que as autorizações para procedimentos eletivos estão sujeitos ao horário de expediente da Contratada, em dias úteis, e os atendimentos de urgência e emergência não necessitam de autorização prévia;

29.1.20. Emitir Nota Fiscal/Fatura com as devidas exclusões e inclusões informadas pelo Tribunal, sendo que, na impossibilidade de serem realizadas na fatura do mês, deverão, obrigatoriamente, ser compensadas na nota fiscal/fatura do mês subsequente;

29.1.21. Informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique, consoante o disposto no art. 10 da Resolução Normativa ANS nº 395/2014;

29.1.22. Zelar pela qualidade dos serviços médicos prestados pela sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada;

29.1.23. Disponibilizar suporte ao Contratante na demanda dos serviços contratados tais como, por exemplo, receber pedidos de inclusão e exclusão de usuários, receber solicitações de 2ª via de cartões e providenciar o envio de cartões ao Contratante, receber pedidos de reembolso, providenciar o envio ao Tribunal dos relatórios de utilização, dar orientação ao Tribunal e receber informações quanto aos pedidos de autorização que apresentem atraso e tomar as providências necessárias, prestar informações quanto ao acesso aos serviços credenciados e receber reclamações dos serviços que porventura apresentarem alguma falha, providenciando a correção tempestiva, e outras demandas que venham a ocorrer.

29.1.24. Informar o TRT da 24ª Região a ocorrência de alteração de endereço e telefone. Caso a empresa não informe, será considerada válida a notificação encaminhada ao último endereço constante dos autos, e, em eventual devolução de correspondência, a fluência do prazo terá início a partir do dia útil subsequente à devolução.

29.1.24.1. Com o intuito de facilitar o acesso e também para agilizar os procedimentos, faculta-se à Contratada a possibilidade de apresentar as alterações com a utilização de meio eletrônico, exclusivamente ao endereço de e-mail a ser fornecido pelo Fiscal do contrato.

30. DAS VEDAÇÕES À CONTRATADA

30.1. É expressamente vedado à Contratada:

30.1.1. Contratar servidor pertencente ao quadro de pessoal do Contratante, durante a vigência deste contrato.

30.1.2. Realizar publicidade acerca deste contrato, salvo se houver prévia autorização do Contratante.

30.1.3. Subcontratar, no todo ou em parte, a execução do objeto deste contrato.

31. DO PREPOSTO

31.1. A Contratada deverá indicar um preposto para representá-la administrativamente perante o Contratante, no prazo de 2 (dois) dias consecutivos a contar da assinatura do contrato, mediante declaração que deverá constar o nome completo, documentos de identificação (RG e CPF), telefone e e-mail de contato.

31.2. Pelo descumprimento do disposto no subitem anterior, estará a Contratada sujeita à aplicação da **multa de 0,2% (dois décimos por cento) sobre o valor mensal estimado do contrato**, por dia que ultrapassar o prazo estabelecido, até o limite de 10% (dez por cento) sobre o referido valor, e será considerado como inexecução parcial da obrigação assumida.

31.3. O preposto deverá apresentar-se ao servidor designado pelo Contratante para exercer o acompanhamento e a fiscalização, para tratar dos assuntos pertinentes à execução do contrato, relativos à sua competência.

31.4. O preposto deverá estar apto a esclarecer as questões relacionadas aos serviços executados e às faturas decorrentes, assim como para avaliar a qualidade dos serviços dos profissionais da Contratada posta à disposição do Contratante.

31.5. Incumbe ao preposto atender as demandas da gestão e/ou fiscalização do contrato, inclusive para apresentar documentos solicitados pelo Contratante.

31.6. O preposto deverá participar de reunião com o Contratante, na forma *online*, sempre que solicitado com pelo menos 1 (um) dia de antecedência, em dia e horário definidos pela Fiscalização, que solicitará às providências que se fizerem necessárias ao bom cumprimento de suas obrigações, cabendo ao preposto a adoção de todas as medidas cabíveis para a solução das falhas detectadas, conforme art. 118 da Lei nº 14.133/2021. Caso o preposto seja domiciliado na cidade de Campo Grande - MS, reuniões poderão ser eventualmente realizadas na forma presencial.

31.7. A comunicação oficial entre a Contratada e o Contratante será feita por escrito, preferencialmente por *e-mail*.

31.8. O preposto deverá responder às solicitações do Contratante por e-mail, no endereço eletrônico informado pelo Fiscal do Contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) minutos durante o horário comercial, ou até as 8h30 do próximo dia útil, no caso de comunicação fora do horário comercial.

31.9. A fim de evitar falha na comunicação, a Contratada deverá fornecer pelo menos 2 (dois) endereços de e-mail, ambos de provedores diferentes, sendo pelo menos um dos endereços de um serviço de e-mail de grande porte, notoriamente conhecido por manter o sistema sempre funcionando como, por exemplo, Microsoft Hotmail / Outlook, Google Gmail e Yahoo Mail.

31.10. É responsabilidade da Contratada se certificar de que os endereços eletrônicos estejam funcionando corretamente. Não será aceita a alegação de que os sistemas de comunicação por correio eletrônico falharam, exceto se noticiado pelos meios de divulgação.

32. DO RECEBIMENTO

32.1. O recebimento provisório, dar-se-á mensalmente, na data da efetiva entrega da nota fiscal, pelo Fiscal, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo.

32.2. A Contratada fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução.

32.2.1. O Gestor do contrato não efetuará o ateste da nota fiscal até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

32.3. Os serviços poderão ser recusados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades estabelecidas no item 40.

32.4. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao Gestor do contrato para recebimento definitivo.

32.5. O recebimento definitivo, a ser realizado mensalmente pelo Gestor do Contrato, dar-se-á somente após a verificação do enquadramento e comprovação das especificações definidas na proposta, no Termo de Referência e no contrato, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis a contar do recebimento provisório, mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

32.5.1. Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à Contratada, por escrito, as respectivas correções;

32.5.2. Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e

32.5.3. Comunicar à empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o novo valor exato dimensionado pela fiscalização.

32.6. No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133/2021, comunicando-se à Contratada para emissão de Nota Fiscal no que seja pertinente à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

32.7. Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pela Contratada, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

32.8. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

33. DA LIQUIDAÇÃO

33.1. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de 10 (dez) dias úteis para fins de liquidação.

33.2. Para fins de liquidação, o Gestor deverá verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, observado o subitem 33.5.

33.3. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que a Contratada providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao Contratante.

33.4. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta *online* 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. 68 da Lei nº 14.133/2021.

33.5. O Contratante deverá realizar consulta ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

33.6. Constatando-se no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF a situação de irregularidade da Contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do Contratante.

33.7. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o Contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da Contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

33.8. Persistindo a irregularidade, o Contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à Contratada a ampla defesa.

33.9. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a Contratada não regularize sua situação perante o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

33.10. O Gestor deverá encaminhar a nota fiscal/fatura, devidamente liquidada, em tempo hábil para que o pagamento seja efetuado no prazo estabelecido no subitem 34.1.

34. DO PAGAMENTO

34.1. O pagamento correspondente será realizado **mensalmente**, por meio do documento OB - Ordem Bancária do Sistema Integrado de Administração Financeira - SIAFI, enviado ao Banco do Brasil, instituição bancária responsável pela operacionalização do pagamento de valores dos órgãos federais, para crédito na conta indicada pelo fornecedor, a qual deverá, obrigatoriamente, ser de titularidade da Contratada, no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, contados da liquidação da nota fiscal, observado o contratado.

34.1.1. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

34.1.2. O envio dos documentos fiscais (NF-e, Danfe, NFS-e, CT-e, recibo ou similares), para fins de recebimento pelos serviços prestados a este Tribunal, somente será aceito desde que efetuado pelo Portal Sigeo da Justiça do Trabalho, disponível pelo seguinte link <https://portal.sigeo.jt.jus.br/portal-externo>.

34.1.2.1. É necessário que a empresa efetue cadastro no sistema, observando o prazo de 10 (dez) dias a contar do início da vigência da contratação.

34.1.2.2. **As instruções para cadastro da empresa e envio dos documentos também podem ser acessadas no link <https://www.trt24.jus.br/web/guest/cadastro-de-fornecedores>**

34.1.3. A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

34.1.4. A Contratada deverá apresentar mensalmente as notas fiscais/faturas, contemplando todos os serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no valor das consultas, e de transporte médico aéreo, conforme solicitação emitida pelo Contratante.

34.1.5. O pagamento da fatura deverá ser emitidas faturas e/ou notas fiscais distintas: uma contendo os serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, e de transporte médico aéreo; e outra com a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no valor das consultas.

34.1.6. As faturas e/ou notas fiscais deverão ser apresentadas até o dia 20 (vinte) de cada mês.

34.1.7. A fatura e/ou nota fiscal referente aos serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, e de transporte médico aéreo, corresponderá ao valor dos serviços prestados no mês anterior ao do pagamento.

34.1.8. A fatura e/ou nota fiscal referente às despesas com coparticipação corresponderá ao valor dos serviços prestados no mês anterior ao mês especificado no subitem anterior, visto que tal despesa é custeada totalmente pelos usuários do plano, por meio do respectivo desconto em folha de pagamento.

34.1.9. A empresa deverá aguardar a solicitação da emissão da fatura e/ou nota fiscal pelo Contratante.

34.2. Em razão de critérios de competência orçamentária, nos meses de dezembro de cada ano o Contratante poderá solicitar, excepcionalmente, a emissão da fatura e/ou nota fiscal correspondente no decurso do próprio mês para pagamento, a ser efetivado até o último dia útil bancário do exercício, bem como o valor da coparticipação do mês de novembro.

34.3. Havendo erro no documento fiscal ou outra circunstância que desaprove a liquidação das despesas, o prazo passará a fluir somente depois de sanada a irregularidade, não ocorrendo, neste caso, qualquer ônus para o Contratante, inclusive moratório.

34.4. Quando cabível, sobre o valor faturado será retido na fonte o correspondente ao imposto sobre a

renda, à Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), à Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e à Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), conforme disposição legal. Os impostos a serem retidos deverão ser especificados no corpo da nota fiscal, de acordo com a Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

35. DA ATUALIZAÇÃO FINANCEIRA

35.1. No caso de eventual atraso de pagamento, ocasionado por negligência por parte do Contratante, devidamente comprovada, e desde que tal fato não seja decorrente de força maior, o valor devido será acrescido de atualização financeira, apurada a partir do término do prazo estabelecido para pagamento até a data de efetiva quitação, calculado conforme taxa SELIC, mediante a aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = \frac{(TX/100)}{365}$$

$$AF = I \times N \times VP$$

Onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Taxa SELIC;

AF = Atualização Financeira;

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

VP = Valor da parcela em atraso.

35.2. A mesma fórmula será aplicada no caso de ressarcimento de valor recebido a mais pela Contratada.

36. DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

36.1. Poderá ser admitida a alteração do preço contratado, para fins de restabelecimento da relação pactuada inicialmente entre as partes, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nos termos do artigo 124, inciso II, alínea “d”, da Lei nº 14.133/2021.

36.2. As eventuais solicitações deverão se fazer acompanhar de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou previsível, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual, bem como de demonstração analítica de seu impacto nos custos do contrato, mediante a comprovação dos preços praticados no mercado, devendo ser observada a vantagem financeira ofertada por ocasião da licitação.

36.3. A demonstração analítica será apresentada em conformidade com a Planilha de Custos e Formação de Preços utilizada para a contratação.

37. DO AJUSTE ECONÔMICO DO PLANO DE SAÚDE

37.1. Não haverá alteração de valores do plano de saúde com periodicidade inferior a 1 (um) ano, conforme dispõe os §§ 1º e 3º do art. 2º da Lei nº 10.192/2001, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária de usuário.

37.2. Os preços do plano de saúde serão ajustados anualmente, pelo índice de ajuste técnico, em situação onde o equilíbrio econômico do contrato esteja prejudicado. O ajuste por acréscimo será realizado quando constatado que a sinistralidade no período avaliado esteja acima de 80% (oitenta por cento) da meta de sinistralidade, a ser apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = (DA-RC)/R$$

Onde:

S = Sinistralidade

DA = Despesas Assistenciais

RC = Recuperação de coparticipação

R = Receita

Onde:

DA (Despesas Assistenciais): São 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.

RC (Recuperação de Coparticipação): Total de pagamentos de Coparticipação efetuados por beneficiários do plano no período apurado.

R (Receitas): São todos os valores remunerados à Operadora de Saúde por conta da prestação de serviço do plano de saúde, no período apurado.

37.2.1. O **índice de ajuste técnico** a ser aplicado para o Equilíbrio Econômico do Plano será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$A = S/S_m$$

Onde:

A = índice de ajuste;

S = correspondente à sinistralidade do período;

S_m = correspondente à meta de sinistralidade (80%)

37.2.2. O ajuste por decréscimo será realizado quando constatado que a sinistralidade no período avaliado ficou abaixo de 80% (oitenta por cento) da meta de sinistralidade, a ser apurada conforme a fórmula prevista no subitem 37.2.

37.3. A Contratada deverá apresentar até o final do mês de outubro as despesas de utilização do plano de saúde do exercício, para cálculo do primeiro ajuste. Os ajustes seguintes serão apurados no mês de novembro de cada ano, com base em 12 (doze) meses de utilização, a partir do mês subsequente ao último reajuste apurado.

37.3.1. No início do mês de novembro será realizado o previsto no subitem 37.2, considerando a prestação de contas apresentada pela operadora.

37.4. Não serão aceitos percentuais de ajustes diferenciados, no plano de saúde, entre as faixas etárias.

37.5. Em nenhuma hipótese os preços decorrentes da revisão ultrapassarão os praticados no mercado, a ser realizado por pesquisa de preços que abranjam órgãos públicos e fornecedores, por ocasião do ajuste.

37.6. Os valores das mensalidades para as novas adesões serão ajustados na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo, independentemente da data de inclusão.

37.7. As mensalidades serão estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários, que importe deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, conforme valores contratados.

38. DO AJUSTE ECONÔMICO DA COPARTICIPAÇÃO

38.1. Os valores da tabela dos preços de consultas, para fins de cálculo do valor da coparticipação em consulta, deverão ser oficialmente informados pela Contratada no prazo de 30 (trinta) dias a partir da assinatura do contrato, observada a tabela de consultas vigente, sob pena de aplicação da penalidade prevista no subitem 40.2.2.

38.1.1. Tabela de referência vigente:

Consulta	Valor da consulta	Valor da coparticipação
Consultas diversas	R\$ 106,20	R\$ 53,10
Consulta em pronto-socorro	R\$ 76,70	R\$ 38,35
Atendimento ambulatorial em Puericultura	R\$ 149,04	R\$ 74,52

38.2. Os valores da coparticipação nas consultas poderão ser alterados, observada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses da última alteração, mediante solicitação da Contratada, devidamente acompanhada de informação oficial acerca dos novos valores da tabela de consultas, limitados à variação do ajuste econômico do plano de saúde no último período.

38.3. A cobrança dos novos valores de coparticipação atualizados somente poderá ocorrer a partir da data indicada no respectivo termo de apostilamento e/ou termo aditivo.

39. DO AJUSTE ECONÔMICO DO TRANSPORTE MÉDICO AÉREO

39.1. Para os serviços de atendimento de prestação de transporte aero-médico, o reajuste será realizado mediante a aplicação do índice setorial, IGP-M / FGV (Índice Geral de Preços do Mercado / Fundação Getúlio Vargas), ou outro índice legal que venha a substituí-lo, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses.

39.2. O ajuste dos preços do serviço de transporte aero-médico deverá coincidir com os prazos utilizados no plano de saúde, com validade a partir de janeiro de cada ano.

40. DAS PENALIDADES

40.1. O não cumprimento dos prazos estabelecidos no item 17 e respectivos subitens, assim como nos subitens 19.5, 20.3 e 23.3, enseja a aplicação de **multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor mensal do contrato**, por dia que ultrapassar o prazo estabelecido, até o limite de 10% (dez por cento) sobre o referido valor, e será considerado como inexecução parcial da obrigação assumida, o que não impedirá, a critério do Contratante, a aplicação das demais sanções legais cabíveis.

40.2. A inexecução, total ou parcial, da contratação poderá acarretar, garantida a prévia defesa, às seguintes sanções, além do ressarcimento de eventual prejuízo causado ao Contratante:

40.2.1. Advertência, no caso de inexecução parcial do contrato e quando não se justificar a aplicação de penalidades mais graves;

40.2.2. Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal do contrato, em caso de inexecução parcial da obrigação assumida;

40.2.3. Multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor total da correspondente contratação, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

40.2.4. Impedimento de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública Federal pelo prazo máximo de 3 (três) anos, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, nos termos do art. 156, § 4º, da Lei nº 14.133/2021;

40.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, quando se justificar a imposição de penalidade mais grave que a sanção referida no subitem 40.2.4, nos termos do art. 156, § 5º, da Lei nº 14.133/2021.

40.3. As multas por inexecução parcial ou total da contratação poderão ser aplicadas cumulativamente com as demais sanções, bem como com a multa pelo atraso na entrega do objeto.

40.4. Ocorrendo atraso na entrega do objeto ou no caso de inexecução parcial ou total, o valor da multa correspondente será retido preventivamente do pagamento e concedido prazos para defesa prévia e recurso, observando-se as disposições contidas nos artigos 156, 157, 158, 165, inciso I, 166 e 167 da Lei nº 14.133/2021.

40.5. Decorridos os prazos de defesa prévia e de recurso e mantida a aplicação da multa, o valor correspondente será imediatamente recolhido à conta do Tesouro Nacional. Em não havendo retenção de pagamento, será emitida a GRU (Guia de Recolhimento da União) para o recolhimento, por parte da empresa, à conta do Tesouro Nacional. Caso haja acolhimento ou provimento parcial, o valor retido será devolvido à empresa.

40.6. Em caso de não pagamento do valor da multa aplicada, conforme estabelecido no subitem anterior, o valor será inscrito em dívida ativa da união.

40.7. A atuação irregular da Contratada, no cumprimento das obrigações assumidas, acarretará, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de aplicação da sanção, a anotação das penalidades aplicadas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, e, no caso de impedimento de licitar e de contratar, o registro também na página eletrônica do Contratante (opção "Transparência") e no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS e no Cadastro Nacional de Empresas Punidas - CNEP, conforme o art. 43, do Decreto nº 8.420/2015 e o art. 161 da Lei nº 14.133/2021.

40.8. A proponente é responsável pela fidelidade e pela legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase da contratação.

40.9. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará a rescisão contratual sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

41. DAS DEFESAS E DOS RECURSOS

41.1. As defesas e recursos contra punições impostas à Contratada serão regidos pelos artigos 157, 158, 166 a 168 da Lei nº 14.133/2021, e poderão ser enviados por e-mail, exclusivamente ao endereço mencionado no ofício de notificação, sem prejuízo do encaminhamento dos originais no prazo estabelecido.

41.2. A utilização de e-mail para apresentação de defesa prévia e recurso administrativo não exime a Contratada de protocolizar diretamente os originais no Tribunal, ou de providenciar o encaminhamento dos originais (em papel) via Correios, ambos no prazo de até 5 (cinco) dias após o término do prazo legal para apresentação de defesa prévia ou recurso administrativo.

41.3. O não envio dos originais no prazo estipulado, ou o envio de originais distintos daqueles apresentados por email, acarreta o não conhecimento da manifestação administrativa apresentada por correio eletrônico.

42. DOS AUMENTOS E DAS REDUÇÕES

42.1. Fica assegurada à autoridade competente do Contratante aumentar ou reduzir a quantidade prefixada, observados os limites estabelecidos no artigo 125 da Lei 14.133/2021.

43. DISPOSIÇÕES FINAIS

43.1. A participação nesta Contratação Pública implica no conhecimento integral dos termos e condições nela inseridos, por parte dos proponentes, bem como das demais normas legais que disciplinam a matéria.

43.2. As partes não estão eximidas do cumprimento de obrigações e responsabilidades previstas na legislação vigente e não expressas neste Termo de Referência.

43.3. As partes envolvidas se comprometem a observar as disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), quanto ao tratamento dos dados pessoais que lhes forem confiados em razão desta avença, em especial quanto à finalidade, boa-fé e interesse público na utilização de informações pessoais para consecução dos fins a que se propõe a presente contratação.

43.4. Integram este Termo de Referência, para todos os fins e efeitos:

. O Anexo I: Valor estimado da contratação;

. O Anexo II: Modelo de Proposta;

. O Anexo III: (Modelo de declaração relativa ao art. 429 da CLT, exigida pela Resolução nº 310, de 24.9.2021, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho); e

. O Anexo IV: (Modelo de declaração relativa ao art. 93 da Lei nº 8.213/1991, exigida pela Resolução nº 310, de 24.9.2021, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho).

Campo Grande, 1 de dezembro de 2023.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA MELO
Chefe do NSPAS

JOÃO ARMANDO MINOZZO MACHADO
Chefe do SQV

SILVIA Nanci LOURENÇO DE FIGUEIREDO
NSPAS

LUIZ FELIPE BRAGA MARQUES
SGPE

BONIFÁCIO TSUNETAME HIGA JUNIOR
DGC

GÉSSICA DAMÁSIO CABRAL
SSAI

Aprovado por:

GERSON MARTINS DE OLIVEIRA
Secretário Administrativo

ANEXO I – VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO

RAZÃO SOCIAL :

CNPJ :

ENDEREÇO :

TELEFONE :

E-MAIL :

CONTATO :

Grupo Único

Item	Discriminação	Valor estimado da contratação mensal*	Valor estimado da contratação anual*
1	Contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no valor das consultas, destinado aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes.	R\$ 2.009.752,89	R\$ 24.117.034,66
2	Serviço de Transporte médico-aéreo, destinado aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes.	R\$ 16.667,81	R\$ 200.013,72
3	2ª via do cartão de identificação do plano de saúde e do transporte médico-aéreo.	R\$ 12,85	R\$ 12,85
Valor total estimado		R\$ 2.026.420,70**	R\$ 24.317.048,38**
Valor total estimado (60 meses) para os itens 1 e 2			R\$ 121.585.241,90

* O valor estimado da proposta deverá obedecer a previsão dos itens 25 e 26.

** Valor correspondente à somatória dos itens 1 e 2.

Carimbo:



Assinatura do Representante Legal

Nome por extenso do Signatário

ANEXO II – MODELO DA PROPOSTA

RAZÃO SOCIAL :

CNPJ :

ENDEREÇO :

TELEFONE :

E-MAIL :

CONTATO :

Grupo Único

Item	Discriminação	Valor estimado da contratação mensal*	Valor estimado da contratação anual*
1	Contratação de empresa para prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia, de abrangência nacional, com acomodação individual em apartamento, com coparticipação de 50% (cinquenta por cento) no valor das consultas, destinado aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes.	R\$ xx,xx	R\$ xx,xx
2	Serviço de Transporte médico-aéreo, destinado aos magistrados e servidores, ativos ou aposentados, os pensionistas e os respectivos dependentes.	R\$ xx,xx	R\$ xx,xx
3	2ª via do cartão de identificação do plano de saúde e do transporte médico-aéreo.	R\$ xx,xx	R\$ xx,xx
Valor total estimado		R\$ xx,xx**	R\$ xx,xx**
Valor total estimado (60 meses) para os itens 1 e 2			R\$ xx,xx

* O valor estimado da proposta deverá obedecer a previsão dos itens 25 e 26.

** Valor correspondente à somatória dos itens 1 e 2.

Carimbo:

Assinatura do Representante Legal

Nome por extenso do Signatário

ANEXO III

(Modelo de declaração relativa ao art. 429 da CLT, exigida pela Resolução nº 310, de 24.9.2021,
do Conselho Superior da Justiça do Trabalho)

DECLARAÇÃO

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº _____, para os efeitos e sob as penas da lei, em especial no contido no artigo 299 do Código Penal, **DECLARA:**

() atender aos percentuais estipulados no art. 429 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452/1943), referente ao emprego e matrícula de aprendizes.

() estar dispensada da contratação de aprendizes por se enquadrar em pelo menos 1 (uma) das hipóteses de dispensa previstas na legislação (Decreto nº 9.579/2018 e Instrução Normativa nº 146/2018).

Local, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Representante Legal do Licitante

ANEXO IV

(Modelo de declaração relativa ao art. 93 da Lei nº 8.213/1991, exigida pela Resolução nº 310, de 24.9.2021, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho)

DECLARAÇÃO

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº _____, para os efeitos e sob as penas da lei, em especial no contido no artigo 299 do Código Penal, **DECLARA:**

() atender aos percentuais estabelecidos no art. 93 da Lei nº 8.213/1991, referente ao emprego de beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.

() estar desobrigada do atendimento ao disposto no art. 93 da Lei nº 8.213/1991, por possuir menos de 100 (cem) empregados.

Local, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Representante Legal do Licitante

ANEXO V

(Modelo de declaração relativa ao cumprimento do item 15 do Termo de Referência)

DECLARAÇÃO

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, expedida pelo _____, inscrito no CPF sob o nº _____, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº _____, para os efeitos e sob as penas da lei, em especial no contido no artigo 299 do Código Penal, **DECLARA:**

() Prestar os serviços por meio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, correspondente ao plano contratado em número mínimo de 30.000 (trinta mil) prestadores de serviços em âmbito nacional, incluindo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e pronto-socorros.

() Possuir rede suficiente para o atendimento nas localidades onde estão instaladas unidades do TRT da 24ª Região, com pelo menos 1.500 (mil e quinhentos) credenciados na capital, e pelo menos 2.000 (dois mil) credenciados considerando-se a soma das demais cidades do Estado de Mato Grosso do Sul.

() Garantir o atendimento nos termos e prazos fixados na Resolução Normativa ANS nº 556/2022 e atualizações/alterações, 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.

() Manter e, se possível, aumentar a quantidade da rede de atendimento contratada, durante todo o contrato, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

() Fazer, caso necessário, a substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e comunicação ao Tribunal, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

Local, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Representante Legal do Licitante

ANEXO VI

VALOR INDIVIDUAL DO PLANO DO PLANO DE SAÚDE E DO TRANSPORTE MÉDICO AÉREO

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	QTDE TOTAL	VALOR MÁXIMO MENSAL TRANSPORTE AÉREO POR BENEFICIÁRIO	VALOR MÁXIMO MENSAL PLANO DE SAÚDE POR BENEFICIÁRIO	VALOR MÁXIMO MENSAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE POR BENEFICIÁRIO	VALOR MÁXIMO MENSAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE	VALOR MÁXIMO ANUAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE	VALOR MÁXIMO TOTAL TRANSPORTE AÉREO E PLANO DE SAÚDE (cinco anos)
0-18	252	263	515	R\$ 5,73	R\$ 489,25	R\$ 494,98	R\$ 254.912,76	R\$3.058.953,16	R\$ 15.294.765,78
19- 23	66	67	133	R\$ 5,73	R\$ 519,10	R\$ 524,83	R\$ 69.802,79	R\$ 837.633,45	R\$ 4.188.167,25
24-28	52	65	117	R\$ 5,73	R\$ 550,24	R\$ 555,97	R\$ 65.048,55	R\$ 780.582,57	R\$ 3.902.912,83
29-33	63	67	131	R\$ 5,73	R\$ 582,68	R\$ 588,41	R\$ 77.082,00	R\$ 924.984,04	R\$ 4.624.920,20
34-38	104	115	219	R\$ 5,73	R\$ 617,73	R\$ 623,46	R\$ 136.538,29	R\$1.638.459,42	R\$ 8.192.297,10
39-43	113	144	257	R\$ 5,73	R\$ 655,37	R\$ 661,10	R\$ 169.902,12	R\$2.038.825,43	R\$ 10.194.127,13
44-48	89	110	199	R\$ 5,73	R\$ 694,30	R\$ 700,03	R\$ 139.305,07	R\$1.671.660,87	R\$ 8.358.304,34
49-53	96	125	221	R\$ 5,73	R\$ 735,82	R\$ 741,55	R\$ 163.882,55	R\$1.966.590,57	R\$ 9.832.952,85
54-58	90	98	188	R\$ 5,73	R\$ 779,95	R\$ 785,68	R\$ 147.708,40	R\$1.772.500,82	R\$ 8.862.504,11
59 +	393	536	929	R\$ 5,73	R\$ 857,82	R\$ 863,55	R\$ 802.238,17	R\$9.626.858,06	R\$ 48.134.290,31
TOTAL	-	-	2.909	-	-	-	R\$ 2.026.420,70	R\$ 24.317.048,38	R\$ 121.585.241,90