**Processo nº 19.217/2023**

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**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 n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº 37/2023, 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 n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº 37/2023, 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 n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio de seu(sua) representante legal, Senhor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para fins de prova junto ao Tribunal Regional do Trabalho da 24ª Região, em atendimento ao Edital nº 37/2023, 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** | **MASC**  **ULINO** | **FEMINI**  **NO** | **QTDE**  **TOTAL** | **VALOR**  **MÁXIMO**  **MENSAL**  **TRANSPOR**  **TE**  **AÉREO**  **POR**  **BENEFI-**  **CIÁRIO** | **VALOR**  **MÁXIMO**  **MENSAL**  **PLANO DE**  **SAÚDE POR**  **BENEFI-**  **CIÁRIO** | **VALOR**  **MÁXIMO**  **MENSAL**  **TRANSPORTE**  **AÉREO E**  **PLANO DE**  **SAÚDE POR**  **BENEFI-**  **CIÁRIO** | **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 |