

EDITAL DE LICITAÇÃO

PREGÃO PRESENCIAL Nº 063/2022

Processo Administrativo: 1137222	Tipo: Menor Preço Por Lote
Abertura: 14 de novembro de 2022	Horário: 09h00min
Local: Av. Jerônimo de Albuquerque, s/nº, Edifício Casa da Indústria Albano Franco, Retorno da Cohama, CEP: 65.060-645, São Luís/MA - Fone: (98) 2109.1868 - E-mail: cilic@fiema.org.br	

O Serviço Social da Indústria - Departamento Regional do Maranhão - **SESI/DR-MA**, por intermédio da Comissão Integrada de Licitação - **CILIC**, torna pública a realização de licitação, pela modalidade **PREGÃO PRESENCIAL**, do tipo **MENOR PREÇO POR LOTE**, que se regerá pelo **Regulamento de Licitações e Contratos do SESI** e com observância às condições estabelecidas neste Instrumento Convocatório e seus anexos.

- Anexo I - Termo de Referência;
- Anexo II - Especificação do Objeto;
- Anexo III - Proposta de Preços Padronizada;
- Anexo IV - Carta de Credenciamento;
- Anexo V - Declaração de Enquadramento como Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;
- Anexo VI - Declaração de Inexistência de Empregados Menores e de Conhecimento dos Termos do Edital;
- Anexo VII - Declaração de Requisitos Habilitatórios;
- Anexo VIII - Minuta do Contrato.

O Edital de licitação e seus anexos poderão ser consultados ou impressos a partir do endereço **<http://www.fiema.org.br/sesi>**, através da guia "Editais" -> Pregão Presencial.

Quaisquer **Pedidos de Esclarecimentos** relativos ao presente Instrumento Convocatório deverão ser dirigidos à CILIC, por intermédio do endereço eletrônico: **cilic@fiema.org.br**, até às **17h00min** do dia **09.11.2022**.

1. DO OBJETO

- 1.1.** A presente licitação tem por objeto a contratação de empresa especializada em **Serviços de Assistência à Saúde ou Seguro Privado de Assistência à Saúde (Seguradoras, Operadoras ou Administradora de Benefícios com registro na ANS)** para a **prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, exames de alta complexidade, serviços auxiliares de diagnóstico em geral, atendimento de emergência e urgência, abrangendo todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas posteriores atualizações, destinado aos empregados do SISTEMA FIEMA e seus dependentes em âmbito regional e/ou nacional**, nas quantidades e características exigidas, conforme Termo de Referência e anexos deste Instrumento Convocatório.
- 1.2.** É vedada a subcontratação de outra empresa para a execução do objeto deste torneio.
- 1.3.** A cobertura dos serviços deverá atender ao tipo de plano a seguir descrito:

LOTE I - PLANO COM ABRANGÊNCIA NACIONAL

Cobertura de atendimentos a nível nacional

Plano tipo (NACIONAL): Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência NACIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em **APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO**, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo **REEMBOLSO** onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento.

- **Categoria 1** - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.
- **Categoria 2** - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20** vidas, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

LOTE II - PLANO COM ABRANGÊNCIA REGIONAL / ESTADUAL / GRUPO DE ESTADOS

Cobertura de atendimentos Estaduais contemplando os municípios de São Luís; Imperatriz; Açailândia; Bacabal; Caxias e Balsas - MA, de acordo com as redes credenciadas disponíveis nesses municípios ou municípios próximos.

Plano tipo Regional / Estadual / Grupo de Estados: Plano com abrangência regional: Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência REGIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em **APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO**, atendimento de urgência e emergência em território regional, incluindo **REEMBOLSO** onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento:

- **Categoria 1** - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.
- **Categoria 2** - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20** vidas, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

1.3.1. Serão formalizados contratos distintos para cada lote específico, lote I de abrangência Nacional e lote II de abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados, quando firmado com Seguradora, Operadora e/ou Administradora de benefícios diferentes, ou contrato ÚNICO, quando a mesma Seguradora, Operadora e/ou Administradora de Benefício forem habilitados a fornecer as duas categorias do plano especificados nos lotes I e II.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 2.1.** Somente poderão participar desta licitação pessoas jurídicas legalmente estabelecidas no País, cujo objeto social expresse no estatuto ou no contrato social especifique atividade pertinente e compatível com o objeto da presente licitação.
- 2.2.** Não poderão participar da presente licitação:
- 2.2.1.** Consórcios de pessoas jurídicas, qualquer que seja sua forma de constituição;
 - 2.2.2.** Pessoas Físicas ou Jurídicas que estejam suspensas de participar de licitação realizada pelo SESI e/ou pelo SENAI, Departamentos Regionais do Maranhão;
 - 2.2.3.** Pessoas Jurídicas que se encontrem sob falência, concordata, dissolução ou liquidação, ou em processo de fusão, de cisão ou de incorporação;
 - 2.2.4.** Pessoas Jurídicas que tenham sócios, gerentes ou administradores que sejam empregados ou dirigentes do SESI/SENAI/FIEMA/IEL;
 - 2.2.5.** Ex-empregados do SESI/SENAI/FIEMA/IEL que tenham executado suas atividades em áreas compatíveis com o objeto licitado, pelo prazo de até 06 (seis) meses subsequentes ao seu desligamento.
- 2.3.** As licitantes, no dia, hora e local designados no preâmbulo, apresentarão toda a documentação exigida por este Instrumento Convocatório em 02 (dois) envelopes - "A" e "B" - lacrados, distintos e opacos, identificados no lado externo pelo nome da licitante e número da licitação, com os seguintes conteúdos:

ENVELOPE "A" PROPOSTA DE PREÇO PREGÃO PRESENCIAL EDITAL Nº 063/2022 - SESI/DR-MA RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE CNPJ DA LICITANTE E-MAIL E TELEFONE DA LICITANTE
--

ENVELOPE "B" DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL EDITAL Nº 063/2022 - SESI/DR-MA RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE CNPJ DA LICITANTE E-MAIL E TELEFONE DA LICITANTE
--

- 2.3.1.** Caso a licitante decida encaminhar os envelopes mediante postagem, esta deverá inserir os envelopes mencionados no **item 2.3.**, em um terceiro envelope identificado no lado externo, exclusivamente, conforme disposto a seguir:

Destinatário: Serviço Social da Indústria - SESI/DR-MA
A/C: Comissão Integrada de Licitação - CILIC
PREGÃO PRESENCIAL - EDITAL Nº 063/2022

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, s/nº, Edifício Casa da Indústria Albano Franco, Retorno da Cohama, CEP: 65.060-645, São Luís/MA.

- 2.3.1.1.** O descumprimento, pela empresa, da forma de postagem indicada no item anterior, será de sua exclusiva responsabilidade, eximindo a CILIC de quaisquer consequências decorrentes de tal descumprimento.

2.3.1.2. A inversão dos documentos no interior dos envelopes, ou seja, a colocação dos documentos de habilitação no envelope de proposta de preço, e vice-versa, causará a **exclusão** sumária de quaisquer licitantes do processo licitatório.

2.3.1.3. A documentação contida nos envelopes "A" e "B" deverá ser apresentada em língua portuguesa, devidamente numerada. Caso a documentação não esteja numerada, o credenciado poderá fazer no momento da sessão.

2.4. A participação na presente licitação implica aceitação integral e irrevogável dos termos e condições deste Edital e dos seus anexos, bem como do Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.

2.5. Se no dia supracitado não houver expediente, o recebimento e o início da abertura dos envelopes referentes a este torneio serão realizados no primeiro dia útil subsequente ao funcionamento da Entidade.

2.6. Uma vez iniciada a sessão, não serão permitidas quaisquer retificações que possam influenciar o resultado deste torneio.

2.7. A empresa proponente deverá, **obrigatoriamente**, apresentar os documentos relacionados nos **itens 3., 4. e 5.**, em original ou cópia autenticada. Excepcionalmente, caso a licitante apresente algum documento em cópia simples, a CILIC poderá conferir o documento apresentado com a via original, no dia da sessão de abertura dos envelopes.

2.7.1. Serão aceitos documentos com autenticação digital, desde que haja chave de acesso para consulta.

3. DO CREDENCIAMENTO

3.1. A licitante poderá se fazer representar nesta licitação por meio de pessoa física **devidamente credenciada**, munida dos documentos abaixo relacionados, que deverão ser entregues à CILIC **fora dos envelopes** relacionados no **item 2.3.:**

- a) Documento de Identificação com foto;
- b) Carta de Credenciamento - **Anexo IV** ou Procuração devidamente autenticada;
- c) Ato Constitutivo, Registro Comercial, Estatuto ou Contrato Social;
- d) Declaração de Porte da empresa, caso se enquadre com ME ou EPP - **Anexo V**;
- e) Declaração de Requisitos Habilitatórios - **Anexo VII**.

3.1.1. No caso da Carta de Credenciamento ou Procuração devidamente autenticada, a licitante deverá entregar à CILIC uma cópia autenticada do Contrato Social ou instrumento equivalente que comprove a legitimidade de poderes da pessoa que a tiver assinado, e cópia autenticada do documento de identidade com foto ou cópia simples acompanhada do original.

3.1.2. Caso o representante da empresa seja sócio, este deverá apresentar uma cópia autenticada do Contrato Social e a cópia autenticada do documento de identidade com foto ou cópia simples acompanhada do original, não havendo necessidade da Carta de Credenciamento.

- 3.1.3.** Em caso de administrador eleito em ato apartado, deverá ser apresentada cópia autenticada da ata de reunião ou assembleia em que se deu a eleição e a cópia autenticada do documento de identidade com foto ou cópia simples acompanhada do original, não havendo necessidade da Carta de Credenciamento.
- 3.1.4.** A não apresentação do credenciamento, a incorreção do documento credencial ou a ausência do representante, não implicará na exclusão da proposta do certame, nem na inabilitação da proponente. Contudo, não serão aceitos lances verbais, nem manifestação em nome da proponente nesta disputa.
- 3.1.5.** O não credenciamento e não comparecimento de representante, não inabilita a licitante, tampouco impede o prosseguimento das fases do certame.
- 3.2.** Nenhuma pessoa, ainda que munida de Procuração, poderá representar mais de uma licitante, sob pena das demais outorgantes perderem o seu direito à representação nas sessões públicas.
- 3.3.** Será admitido apenas um representante para cada licitante.
- 3.4.** Após a conclusão do credenciamento, a CILIC iniciará a sessão, não sendo mais permitida a entrada de interessados em participar da licitação como proponentes, apenas como ouvintes.
- 3.5.** As empresas que se enquadram como **Microempresas - ME** ou **Empresa de Pequeno Porte - EPP**, que desejarem usufruir dos benefícios assegurados pela Lei Complementar nº 123/06, deverão apresentar a comprovação da condição de ME ou EPP, expedida por órgão responsável, ou através de **Declaração do Porte da empresa - Anexo V**;
- 3.5.1** A não apresentação do documento que comprove a condição de ME ou EPP, acarretará a perda do benefício assegurado pela Lei Complementar nº 123/06.
- 3.5.2.** A Comissão confrontará o documento apresentado, com o Balanço Patrimonial, a fim de verificar se o faturamento está dentro do limite estabelecido pela Lei Complementar nº 123/06, se houver divergência, prevalecerão as informações constantes no Balanço.
- 3.6.** A empresa licitante deverá apresentar, neste credenciamento, **Declaração de Requisitos Habilitatórios - Anexo VII**, dando ciência de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação.
- 3.7.** Caso haja suspensão da sessão, fica admitido credenciamento para outro representante, nas mesmas condições previstas no **item 3.1**. Cumpridas todas as exigências do Edital, a empresa licitante deverá apresentar apenas **Procuração devidamente autenticada** ou **Carta de Credenciamento**, acompanhada do documento de identidade com foto em cópia autenticada ou cópia simples acompanhada do original.

4. DA PROPOSTA DE PREÇO - ENVELOPE "A"

- 4.1.** O envelope "A" conterá a Proposta de Preço, observando o modelo constante no **Anexo III**, devendo fazer menção ao número do torneio, sem emendas, ressalvas, rasuras, acréscimo ou entrelinhas, devidamente datada, impressa, assinada e nominada pelo representante legal da licitante.

- 4.2.** A proposta deverá ser apresentada em papel timbrado da empresa proponente contendo CNPJ, endereço completo, telefone e e-mail para contato, devendo constar:
- a) Dados do representante legal com CPF;
 - b) Banco e respectivo código, agência, número da conta e operação, para efeito de autorização e posterior pagamento;
 - c) Especificação dos serviços com descrição detalhada das características, de acordo com o **Anexo II**;
 - d) Indicação dos preços unitários e total dos lotes, obedecendo ao valor máximo de cada item, constante no **Anexo II**, sendo **desclassificado** o lote que apresentar valor acima do preço máximo estabelecido;
 - e) Indicação do **prazo de validade da proposta**, conforme previsto no **item 4.3**;
 - f) Indicação do **prazo de início e execução**, conforme previsto no **item 13.1.**;
 - g) As Declarações, conforme **Anexo III** (Proposta Padronizada);

4.2.1. Será vencedora deste Pregão, a licitante que ofertar o **MENOR PREÇO POR LOTE**.

- 4.3.** As licitantes deverão indicar o prazo de validade da proposta, não inferior a **90 (noventa) dias corridos**, contados da data da abertura do envelope de proposta, suspenso esse prazo na hipótese de recurso administrativo ou judicial.
- 4.4.** Cada licitante deverá declarar na proposta que, no preço cotado estão embutidos todos os custos diretos e indiretos, inclusive os resultantes da incidência de quaisquer tributos, contribuições ou obrigações decorrentes da legislação trabalhista, tributária, fiscal, previdenciária e do frete, se houver.
- 4.5.** Preço unitário do item e total da proposta, em reais, expressos em algarismo e por extenso, sem dupla alternativa ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado. Ocorrendo divergência entre o preço unitário e o total do item, prevalecerá o preço unitário. Só serão aceitos os preços em moeda nacional - Real (R\$), em algarismos arábicos, desprezando-se qualquer valor além dos centavos.
- 4.6.** Cada licitante deverá apresentar **somente 01 (uma) cotação**. A apresentação de mais de uma proposta, ou o condicionamento desta, acarretará sua imediata desclassificação.
- 4.7.** A apresentação de proposta será considerada como evidência de que a licitante:
- a) Examinou e tem pleno conhecimento de todos os documentos que instruem este Edital;
 - b) Aceita as cláusulas e condições deste Edital, bem como eventuais retificações, aditamentos, esclarecimentos ou outros atos complementares ao Edital;
 - c) Tem condições e compromete-se a fornecer o objeto deste Edital pelo valor e prazo constantes de sua proposta;
 - d) Tomou conhecimento dos dispositivos constantes do Regulamento de Licitações e Contratos do SESI/SENAI, disponível no site www.fiema.org.br, aceitando-o de forma integral e irretratável.

- 4.8.** As propostas não poderão impor condições ou conter opções, somente sendo admitidas propostas que ofereçam apenas um preço para cada item do objeto deste Edital.
- 4.9.** A simples irregularidade formal, que evidencie lapso isento de má fé, e que não altere o conteúdo e, também, não afete a idoneidade das propostas de preço, não será causa de desclassificação.
- 4.10.** Serão desclassificadas as empresas que não tenham atendido às condições estabelecidas neste item.

5. DA HABILITAÇÃO - ENVELOPE "B"

- 5.1.** Para os fins de habilitação, todas as licitantes deverão apresentar os documentos relacionados neste tópico, na sua versão original ou em cópia autenticada, entregues, preferencialmente, na mesma ordem em que eles se encontram aqui descritos e com a identificação pelo número de cada um dos itens.

5.1.1. Os documentos relativos à habilitação jurídica da licitante, que já tiverem sido apresentados por ocasião do credenciamento, ficam dispensados de serem inseridos no envelope de habilitação, desde que a documentação esteja obedecendo aos requisitos previstos no **item 5.4.1.**

- 5.2.** As Certidões apresentadas deverão estar em condições de aceitabilidade quanto ao prazo de validade. Caso as validades das Certidões não estejam expressas no documento, será considerado o **prazo de validade de 90 (noventa) dias** da data de emissão da Certidão.
- 5.3.** A CILIC, após o recebimento, abertura da documentação e registro em Ata, poderá suspender a sessão a fim de que tenha melhores condições para analisar os documentos apresentados, procedendo às diligências que achar necessária.

5.4. HABILITAÇÃO JURÍDICA

5.4.1. Para fins de habilitação jurídica, a licitante deverá apresentar:

- a) **Inscrição do Registro Comercial e demais alterações**, no caso de empresa individual;
- b) **Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor**, devidamente registrado. Em se tratando de Sociedades por Ações, a documentação deverá ainda, ser acompanhada da Ata de eleição de seus administradores. Os documentos descritos neste item deverão estar acompanhados de todas as alterações **ou** da respectiva consolidação;
 - b.1) Serão aceitos Atos Constitutivos de Transformação.
- c) **Inscrição de Ato Constitutivo**, no caso de Sociedade Civil, acompanhada de prova da diretoria em exercício;
- d) As sociedades, qualquer que seja a forma jurídica, administradas por pessoa(s) designada(s) em separado do ato constitutivo, deverão apresentar o **Ato de Designação** respectivo, devidamente averbado no Registro Público competente.

5.5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

5.5.1. Para fins de habilitação da qualificação técnica, a licitante deverá apresentar:

- a) **Declaração de Inexistência de Empregados Menores e de Conhecimento dos Termos do Edital**, assinada por sócio, gerente dirigente, proprietário ou procurador, devidamente identificado, nos termos do modelo constante no **Anexo VI**;
- b) **Atestado de Capacidade Técnica** com descrição detalhada das características, emitido por empresa de direito público ou privado, comprovando que a empresa já executou serviços **ou** já forneceu materiais compatíveis em características e quantidades com o objeto licitado. O atestado deverá ser datado e assinado e deverá conter informações que permitam a identificação correta da contratante e do prestador do serviço, tais como:
 - Nome, CNPJ e endereço completo do emitente da certidão;
 - Nome da empresa que forneceu o material ou prestou o serviço ao emitente;
 - Data de emissão do atestado ou da certidão;
 - Assinatura e identificação do signatário (nome, cargo ou função que exerce junto à emitente).
- c) **Registro** na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- d) **Autorização** para operar em Planos ou Seguros de Assistência à Saúde emitida pelos órgãos competentes, Conselho Federal de Medicina - CFM, Conselho Regional de Medicina - CRM ou Superintendência de Seguros Privados - SUSEP;
- e) **Declaração** de atendimento a nível Nacional e/ou Regional / Estadual / Grupo de Estados, conforme especificações dos lotes I e II;
- f) Caso a licitante seja Administradora de Planos de Saúde, deverá apresentar **comprovação de vínculo com a Operadora**.

5.5.2. Qualquer informação incompleta ou inverídica constante dos documentos de capacitação técnica apurada pela CILIC, mediante simples conferência ou diligência, implicará na inabilitação da respectiva licitante.

5.6. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA - FINANCEIRA

5.6.1. Para fins de habilitação econômico-financeira, a licitante deverá apresentar:

- a) **Certidão Negativa de Falência, Recuperação Judicial**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica no prazo de validade, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física, compreendendo o período de pesquisa dos últimos 02 (dois) anos;
 - a.1) Caso haja suspensão da sessão, a validade da certidão constante no item 5.6.1. "a", fica condicionada à data de abertura do certame.
- b) **Balanco Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social (2021)** ou Balanco de Abertura, no caso de empresa recém-constituída, devidamente registrados ou autenticados na Junta Comercial da sede ou domicílio do licitante, assinado pelo Administrador da empresa e por Contabilista legalmente habilitado, que comprove a

situação financeira da empresa, vedada à substituição por Balanço ou Balancetes provisórios. Serão aceitos os Balanços apresentados via SPED - Sistema Público de Escrituração Digital, com seu respectivo recibo digital. Serão aceitos, como na forma da Lei, o Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis **devidamente acompanhados das Notas Explicativas**, assim apresentados:

- Sociedades anônimas: publicados em Diário Oficial, em jornal de grande circulação e por fotocópia registrada ou autenticada na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante;
- Sociedades por cotas de responsabilidade limitada: por fotocópia do Balanço do livro Diário, inclusive com Termos de Abertura e de Encerramento, devidamente autenticada na Junta Comercial da sede ou do domicílio da licitante ou por fotocópia do Balanço Patrimonial e das Demonstrações Contábeis devidamente registrados ou autenticados na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante;
- Sociedade sujeita a Lei das Microempresas e das Empresas de Pequeno Porte: por fotocópia do Balanço do livro Diário, inclusive com Termos de Abertura e de Encerramento, devidamente autenticada na Junta Comercial da sede ou do domicílio da licitante, ou em outro órgão equivalente; ou por fotocópia do Balanço e das Demonstrações Contábeis devidamente registrados ou autenticados na Junta Comercial da sede ou domicílio da licitante.

c) A boa situação financeira será avaliada pelos **Índices** de Liquidez Geral – LG, Solvência Geral – SG e Liquidez Corrente – LC, resultantes da aplicação das fórmulas abaixo, **devidamente assinado pelo Contador da empresa**.

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

- c.1) As licitantes que apresentarem Índices de Liquidez GERAL, Solvência Geral ou Liquidez Corrente, **menor ou igual a 1 (um)**, deverão comprovar capital social ou patrimônio líquido correspondente a 10% (dez por cento) do valor total dos serviços ofertados.
- c.2) As licitantes recém-constituídas, que apresentarem **Balanço de Abertura**, ficam dispensadas de apresentarem os Índices.

5.7. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

5.7.1. Para fins de habilitação de regularidade fiscal e trabalhista, a licitante deverá apresentar:

- Prova de inscrição da licitante no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - **CNPJ**;
- Certificado de Regularidade de Situação – CRS para o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - **FGTS**;

c) Prova de Regularidade para com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, sendo:

- **Fazenda Federal** - Certidão Conjunta Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais e quanto à Dívida Ativa da União emitida pela Receita Federal do Brasil - RFB;
- **Fazenda Estadual** - Certidão de Regularidade de Débito de Tributos Estaduais, do Estado onde o licitante mantém sua sede, podendo ser apresentadas certidões que tenham sido expedidas de forma genérica, abarcando todos os tributos, ou ainda de forma específica desde que seja contemplado o referido tributo;
- **Fazenda Municipal** - Certidão de Regularidade de Tributo Municipal do domicílio ou sede do licitante que comprove a inexistência de débito com ISSQN, podendo ser apresentadas certidões que tenham sido expedidas de forma genérica, abarcando todos os tributos, ou ainda de forma específica desde que seja contemplado o referido tributo.

d) **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas**, como prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, conforme Lei 12.440/11, Arts. 2º e 3º.

5.7.1.1. Serão aceitas Certidões Positivas com Efeitos de Negativa.

5.8. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados para habilitação deverão estar:

5.8.1. Em nome da **licitante** e, obrigatoriamente, com o número do CNPJ e com o endereço correspondente:

- a) Se a **licitante** for a **matriz**, todos os documentos deverão estar em nome da matriz; ou
- b) Se a **licitante** for a **filial**, todos os documentos deverão estar em nome da filial;
- c) Serão dispensados da filial aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos em nome da matriz.

5.9. A empresa proponente deverá anexar os documentos relacionados no **item 5.**, em original ou cópia autenticada por cartório competente, ou pela **Equipe de Apoio** ou **Pregoeiro(a)**, ou por outro servidor designado para essa atividade.

5.9.1. A autenticação poderá ser feita por esta Comissão mediante apresentação do documento original, das **14h00min às 17h00min** até o dia **10.11.2022**, com as seguintes condições:

- a) Serão aceitas somente cópias legíveis;
- b) Não serão aceitos documentos rasurados;
- c) Não serão aceitas cópias já autenticadas por outra Comissão;
- d) A Comissão não se obriga a autenticar documentos não solicitados no presente Edital.

5.9.2. A CILIC reserva-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que julgar necessário.

- 5.10.** Não serão admitidos Pesquisas, Protocolos, Telas de sites, Boletos, Requisições e Solicitações para efeito de substituição aos documentos pedidos para habilitação das empresas proponentes.
- 5.11.** Não será permitida autenticação de documentação durante a realização do certame.
- 5.12.** Os documentos apresentados, quando obtidos pela internet, serão considerados válidos e originais, podendo a Comissão proceder à devida consulta nos respectivos endereços eletrônicos a fim de comprovar a autenticidade e regularidade dos documentos apresentados, quando for o caso.
- 5.13.** Aberto o envelope "B" - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO, os documentos ali contidos serão examinados e rubricados pelos participantes presentes e pela Pregoeira e Equipe de Apoio.
- 5.14.** Os envelopes contendo os documentos de habilitação das empresas **desclassificadas** poderão ser devolvidos imediatamente após o encerramento do certame. As que não se fizerem presentes, os envelopes ficarão à disposição das mesmas pelo período de **10 (dez) dias úteis**, contados do encerramento da licitação (transcorrido o prazo regulamentar para interposição de recursos contra o resultado do torneio ou, se for o caso, quando denegados os recursos interpostos), terminado este prazo, serão destruídos pela Comissão. Os envelopes das empresas classificadas que não forem vencedoras do certame, ficarão à disposição das mesmas pelo período de **10 (dez) dias úteis** após a assinatura do contrato, terminado este prazo, serão destruídos pela Comissão.
- 5.15.** As licitantes que deixarem de apresentar quaisquer dos documentos exigidos no envelope DOCUMENTAÇÃO, ou os apresentarem em desacordo com o estabelecido neste ato convocatório ou com irregularidades, serão **inabilitadas**, não se admitindo complementação posterior.
- 5.16.** Serão utilizados, neste certame, os benefícios da Lei Complementar nº 123/06, no tocante às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, **limitando-se** ao empate ficto e à regularidade das Certidões Negativa de Débitos Fiscais e Trabalhista.

6. DA SESSÃO E DO JULGAMENTO

- 6.1.** No dia, hora e local indicados no preâmbulo deste Instrumento, será aberta a sessão, iniciando-se com o credenciamento para identificação dos representantes das licitantes interessadas em participar do certame.
- 6.2.** Juntamente com a documentação de Credenciamento, as licitantes entregarão à Pregoeira, os envelopes contendo a Proposta de Preço e os Documentos de Habilitação.
- 6.3.** Iniciada a sessão, estará encerrado o credenciamento e, por consequência, a possibilidade de admissão de novos participantes no certame.
- 6.4.** Recebidos os envelopes de todas as licitantes, eles serão rubricados nos fechos pela CILIC e por um representante de cada licitante presente.
- 6.5.** A CILIC primeiramente fará a abertura do Envelope "A" - PROPOSTA DE PREÇOS.

6.6. Se não houver tempo suficiente para a abertura dos envelopes de **Documentos de Habilitação**, em face da análise das Propostas de Preços apresentadas, os envelopes não abertos, já rubricados nos fechos, ficarão em poder da CILIC até a data e horário marcados para prosseguimento dos trabalhos.

6.7. DA CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DE PREÇOS

6.7.1. Abertos os envelopes de Propostas de Preços - Envelope "A", estas serão analisadas quanto ao atendimento das especificações do objeto e condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, sendo imediatamente **desclassificadas** aquelas que estiverem em desacordo com o Edital.

6.7.2. Após a verificação das Propostas de Preços das empresas licitantes, a Pregoeira comunicará aos participantes quais serão aquelas que continuarão no processo licitatório.

6.7.3. Serão classificadas para a fase dos lances verbais as propostas que atenderem às exigências de apresentação da Proposta de Preços e não apresentarem diferença de preços superior a **15% (quinze por cento) do menor preço proposto**, para que seus autores participem dos lances verbais, quaisquer que sejam os preços ofertados nas propostas apresentadas.

6.7.4. Se não houver, no mínimo, 03 (três) propostas de preços nas condições definidas no subitem anterior, a Pregoeira classificará as melhores propostas subsequentes, incluída a proposta de menor preço, para que seus autores participem dos lances verbais, quaisquer que sejam os preços ofertados nas propostas apresentadas.

6.7.5. No caso de empate nos preços, serão admitidas todas as propostas empatadas, independentemente do número de licitantes.

6.7.6. A classificação de apenas 02 (duas) propostas escritas de preço não inviabilizará a realização da fase de lances.

6.7.7. Se a oferta não for aceitável ou se a licitante desatender às exigências habilitatórias, a Pregoeira examinará as ofertas subsequentes e a qualificação das licitantes, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até apuração de uma que atenda o Edital.

6.7.8. A CILIC poderá solicitar parecer técnico de profissionais pertencentes ao quadro de pessoal da Contratante para viabilizar a classificação das propostas.

6.8. DO JULGAMENTO

6.8.1. O critério de julgamento será o de **MENOR PREÇO POR LOTE**.

6.8.2. Em caso de empate entre duas ou mais propostas, a classificação se fará, obrigatoriamente, por sorteio, em ato público.

6.8.3. Na hipótese de desclassificação ou inabilitação de todas as licitantes, o SESI e o SENAI poderão fixar novo prazo para apresentação de outras propostas ou documentos de habilitação, escoimados das causas que implicaram na desclassificação ou inabilitação, conforme o caso.

6.9. DOS LANCES VERBAIS

- 6.9.1.** Após a classificação das propostas, terá início a fase de apresentação de lances verbais.
- 6.9.2.** A Pregoeira realizará uma rodada de lances, convidando o autor da proposta de maior preço classificada a fazer o seu lance, e, em seguida, os demais classificados na ordem decrescente de preço.
- 6.9.3.** Se duas ou mais propostas, em absoluta igualdade de condições, ficarem empatadas, a Pregoeira determinará a ordem de lance por meio de sorteio.
- 6.9.4.** Havendo lance, a Pregoeira realizará uma nova rodada, começando pelo autor da última proposta de maior preço, e assim sucessivamente, até que, numa rodada completa, não haja mais lance e se obtenha, em definitivo, a proposta de menor preço.
- 6.9.5.** Só serão considerados os lances inferiores ao último menor preço obtido.
- 6.9.6.** A licitante que não apresentar lance numa rodada não ficará impedido de participar de nova sessão, caso ela ocorra.
- 6.9.7.** Não havendo lances verbais na primeira rodada, serão consideradas as propostas escritas de preço classificadas para esta fase.
- 6.9.8.** Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sem motivo justo, de fato superveniente ou não acatado pela Comissão, sujeitando-se a licitante desistente às mesmas penalidades constantes no **item 10.** deste Edital.
- 6.9.9.** Será classificada como primeira colocada do certame a licitante que atender as condições do Edital e apresentar o menor valor. As demais licitantes, que atenderem às exigências de apresentação da Proposta de Preços, serão classificadas em ordem crescente.
- 6.9.10.** Declarada encerrada a etapa de lance e ordenadas as ofertas, a Pregoeira examinará a aceitabilidade da primeira classificada, quanto ao objeto e valor, decidindo motivadamente a respeito.
- 6.9.11.** Caso não realizem lances verbais, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço, quanto ao objeto e o valor máximo.
- 6.9.12.** Havendo apenas uma oferta e desde que atenda a todos os termos do Edital e que seu preço seja compatível com o valor estimado da contratação, esta poderá ser aceita.
- 6.9.13.** Após a aplicação do critério de desempate, se houver, a Pregoeira poderá negociar com o autor da oferta de menor valor com vistas à redução do preço.
- 6.9.14.** A CILIC, a qualquer tempo e, a seu critério, poderá solicitar dos proponentes, esclarecimentos e/ou informações complementares, do material/serviço cotado para melhor avaliação, antes da definição do julgamento deste Edital.
- 6.9.15.** A etapa de lances será considerada encerrada quando todos os participantes dessa etapa declinarem da formulação de lances.

6.9.16. Encerrada a fase competitiva do Pregão e ordenadas as propostas, imediatamente, será aberto pela Pregoeira o Envelope "B" - Documentos de Habilitação da licitante detentora do menor preço, realizando-se a verificação do atendimento das condições de habilitação fixada neste Edital.

6.9.17. Da reunião lavrar-se-á Ata circunstanciada, na qual serão registrados todos os atos do procedimento e as ocorrências relevantes e que, ao final, será assinada pela Pregoeira, equipe de apoio e pelas licitantes.

6.10. DO EXAME DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.10.1. Após a classificação da Proposta de Preço, a CILIC procederá à abertura dos Documentos de Habilitação - Envelope "B", exclusivamente da licitante classificada como primeira colocada.

6.10.2. Se entender necessário, a CILIC poderá suspender a sessão para exame dos documentos de habilitação, sendo que a sua decisão deverá ser lavrada em Ata própria e divulgada às licitantes participantes.

6.10.3. Se a licitante classificada em primeiro lugar for inabilitada, proceder-se-á à abertura do envelope de habilitação da licitante classificada em segundo lugar. Caso não ocorra a habilitação da licitante classificada em segundo lugar, a CILIC prosseguirá na abertura do Envelope "B" das classificadas seguintes, observando o mesmo procedimento deste item.

6.11. DA PROPOSTA ADEQUADA

6.11.1. Encerrada a sessão, a licitante vencedora da disputa deverá encaminhar a **Proposta de Preço Adequada**, até o próximo dia útil dentro do horário do expediente da Entidade, discriminando o valor unitário e total, em conformidade com o valor do lance vencedor e com critérios definidos no **item 6.** deste Edital.

6.11.2. Na hipótese da Proposta de Preços Adequada contemplar vários itens, o ajuste deverá ser realizado sobre os preços unitários, sobre o preço total do item e sobre o valor global, de modo que a Proposta de Preços Adequada reflita a redução de preço proporcionada pelo lance vencedor.

6.11.3. Caso a licitante vencedora não cumpra o prazo estabelecido no **item 6.11.1.**, esta será desclassificada e será convocada a empresa classificada com o segundo menor valor e assim, sucessivamente, sujeitando-se a licitante desistente às mesmas penalidades constantes no **item 10.** deste Edital.

6.11.4. Após a Declaração do Vencedor do certame, todas as licitantes participantes serão informadas da decisão, iniciando-se a partir desta data o prazo recursal.

6.12. DOS RECURSOS

6.12.1. Somente caberá recurso escrito e fundamentado, da decisão que declarar o vencedor (artigo 22 do Regulamento de Licitações e Contratos), no prazo de **02 (dois) dias úteis**, contados da comunicação desta decisão, o qual será dirigido, por intermédio da CILIC, à Autoridade competente.

- 6.12.2.** A licitante que puder vir a ter a sua situação efetivamente prejudicada em razão de recurso interposto poderá sobre ele se manifestar no mesmo prazo recursal de **02 (dois) dias úteis**, que correrá da comunicação da interposição do recurso, conforme disposto no §3º art. 22, do Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.
- 6.12.3.** Os recursos serão julgados pela autoridade competente ou por quem este delegar competência no prazo de até 10 (dez) dias úteis, nos termos do artigo 23 do Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.
- 6.12.4.** O provimento de recursos pela autoridade competente somente invalidará os atos insuscetíveis de aproveitamento.
- 6.12.5.** Os recursos terão efeitos suspensivo.
- 6.12.6.** Os recursos deverão ser apresentados por meio de petição circunstanciada pelo representante legal da licitante ou através de advogado, neste caso, acompanhada de Procuração pública ou privada, para este fim, devendo conter a identificação da recorrente (CNPJ, endereço, assinatura e nome do representante legal). Deverão ser protocolados no horário das 08h30 às 11h30 e 14h30 às 17h30, exclusivamente no setor de Protocolo, situado no térreo do Edifício Casa da Indústria Albano Franco, localizado à Av. Jerônimo de Albuquerque, s/nº, Retorno da Cohama, São Luís-MA, CEP: 65.060-645, que se submeterá a análise da **Superintendência Regional do SESI/DR-MA**.
- 6.12.7.** As empresas sediadas em outros Municípios ou Estados deverão encaminhar o documento digitalizado **via e-mail**, dentro do prazo e horário estabelecidos nos **itens 6.12.1., 6.12.2. e 6.12.6.**
- 6.12.8.** Não serão considerados os recursos e contrarrazões protocolados ou recebidos via e-mail fora do prazo, horário e em local diferente do indicado nos **itens 6.12.1., 6.12.2. e 6.12.6.**
- 6.12.9.** Quaisquer argumentos ou subsídios concernentes à defesa da licitante que pretender reconsideração total ou parcial das decisões da Comissão deverão ser apresentados por escrito, exclusivamente, anexando-se ao recurso próprio, dentro do prazo recursal.

7. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

- 7.1.** Inexistindo manifestação recursal, a Autoridade Competente adjudicará o objeto à licitante vencedora e, em seguida, homologará os procedimentos do resultado do Pregão.
- 7.2.** Decididos os recursos porventura interpostos, e constatada a regularidade dos atos procedimentais, a Autoridade competente adjudicará o objeto à licitante vencedora e homologará o procedimento licitatório.
- 7.3.** Se, por motivo de força maior, a adjudicação não puder ocorrer dentro do período de validade das propostas, ou seja, **90 (noventa) dias** e caso persista o interesse da Contratante, poderá ser solicitada a prorrogação geral da validade referida a todos as licitantes, por igual prazo, no mínimo.

8. DA CONTRATAÇÃO

- 8.1.** Após a homologação deste procedimento, a **Administração do SESI convocará oficialmente a licitante vencedora ou seu representante legal, durante a validade da sua proposta para, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, assinar o contrato ou instrumento equivalente, na sede da Contratante.** A licitante vencedora não poderá desistir da assinatura do contrato ou instrumento equivalente sob pena da aplicação das sanções legais previstas neste Edital.
- 8.2.** O Adjudicatário deverá comprovar a manutenção das condições demonstradas para habilitação, com o fim de promover a assinatura do contrato, bem como conservá-la durante toda a sua execução.
- 8.3.** A recusa da empresa de assinar o contrato, dentro de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de recebimento da notificação, sem motivo justo, de fato superveniente, ou com justificativa não aceita, sujeitará esta, às mesmas penalidades previstas no **item 10.** deste Edital.
- 8.4.** O disposto no item anterior não se aplica às **licitantes remanescentes** que não aceitarem a contratação, nas mesmas condições propostas pela adjudicatária, inclusive quanto a prazo e preço.

9. DO PAGAMENTO

- 9.1.** O Sistema FIEMA pagará à Contratada, pelos serviços contratados e prestados, para categoria de ATIVOS, valor *per capita*, e para a categoria de INATIVOS, o valor por faixa etária, ofertado no certame correspondente a cada beneficiário incluído no plano de saúde, correspondendo atualmente, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, **287 vidas** já inseridas no plano atual ou conforme o número de adesão ao plano de saúde de acordo com o perfil de beneficiários apresentados pelo SISTEMA FIEMA de **1.712 vidas estimadas**. Tais vidas serão distribuídas conforme a natureza e tipo do plano, ou seja, abrangência nacional ou regional, com acomodação apartamento ou enfermaria.
- 9.2.** O pagamento será realizado mediante apresentação de Nota Fiscal em até **30 (trinta) dias corridos**, após ateste pelo setor competente.
- 9.3.** É obrigatória a apresentação, junto com a Nota Fiscal/Fatura, dos comprovantes da Receita Federal, FGTS e Certidão Estadual/Municipal, ficando condicionado o pagamento à sua regularidade.
- 9.4.** A atestação da Nota Fiscal/Fatura referente aos materiais/serviços caberá ao SESI/DR-MA.
- 9.5.** O SESI/DR-MA poderá deduzir da importância a pagar, os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pela **licitante vencedora**, nos termos deste ato convocatório.
- 9.6.** Nenhum pagamento será efetuado à **licitante vencedora** enquanto pendente de liquidação de qualquer obrigação financeira, tributária, fiscal ou trabalhista, sem que isso gere direito a alteração de preços ou compensações.

- 9.7.** Caso o faturamento apresente alguma incorreção, o documento será devolvido à licitante e o prazo de pagamento será prorrogado pelo mesmo tempo em que durar a correção, sem quaisquer ônus adicionais para a Contratante.
- 9.8.** Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a licitante não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, será calculada mediante aplicação da seguinte fórmula:

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

Onde:

EM = encargos moratórios;

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

VP = valor da parcela a ser paga; e

I = índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

$$I = (TX)/365; I = 0,06/365; I = 0,00016438.$$

TX = percentual da taxa anual igual a 6%.

10. DAS SANÇÕES E PENALIDADES

- 10.1.** A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar à licitante as seguintes penalidades:
- a) Perda do direito à contratação;
 - b) Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
 - c) Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI ou SENAI por prazo não superior a 02 (dois) anos.
- 10.2.** O descumprimento contratual por atraso na entrega do pedido/execução do serviço, sem justificativa por escrito ou não aceita pela Contratante, incidirá em multa, nos percentuais abaixo discriminados:
- a) Até 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato, em caso de descumprimento total da obrigação, ou outras situações aplicáveis;
 - b) 0,3% (zero vírgula três por cento) por dia, sobre o valor do produto/serviço ou da etapa em atraso. Após o 30º (trigésimo) dia, a Contratante poderá rescindir o contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas;
 - c) Quando da ocorrência de cumprimento inadequado ou imperfeito, após detecção e comprovação técnica, garantida a ampla defesa e o contraditório, reputa-se em mora, e serão incidentes as hipóteses da letra "b".
- 10.3.** A multa de mora, quando for aplicada, poderá ser descontada de pagamento eventualmente devido à contratada, incluindo nestes a caução e demais garantias.

- 10.4.** A inexecução total ou parcial do objeto licitado sujeitará a licitante, garantida a prévia defesa, às seguintes penalidades: Advertência, Multa, Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI/SENAI/DR-MA, por prazo não superior a 02 (dois) anos.
- 10.5.** A multa poderá ser aplicada isoladamente ou cumulativamente com as demais sanções: Advertência, Rescisão contratual e Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI/SENAI/DR-MA, por prazo até 02 (dois) anos.
- 10.6.** A multa eventualmente imposta à CONTRATADA será automaticamente descontada da fatura a que fizer jus. Caso a contratada não tenha nenhum valor a receber ser-lhe-á concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa. Após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, seus dados serão informados ao SPC (Serviço de Proteção ao Crédito), podendo ainda proceder a cobrança judicial da multa.
- 10.7.** Fica facultada a defesa prévia da licitante, em qualquer caso de aplicação de penalidade, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato.

11. DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

- 11.1.** Até às **17h00min** do dia **09.11.2022**, qualquer licitante poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o presente Edital. O não cumprimento deste **prazo importará na preclusão do seu direito.**
- 11.2.** A impugnação feita tempestivamente por qualquer licitante não a impedirá de participar do processo licitatório até o trânsito em julgado da decisão a ela pertinente.
- 11.3.** Pedida a impugnação, o processo licitatório será suspenso para o devido julgamento a ser realizado no prazo de até **03 (três) dias úteis**, contados da data final para sua interposição, pela autoridade competente ou por seu preposto.
- 11.4.** A impugnação deve ser apresentada em **via original**, com papel timbrado da empresa ou com carimbo oficial do CNPJ, redigida em português, sem rasura, fundamentada e assinada por representante legal, observados os prazos legais.
- 11.5.** A impugnação interposta deverá ser protocolada no Setor de Protocolo da **Superintendência Corporativa**, situado no térreo do Edifício Casa da Indústria Albano Franco, que se submeterá à análise e resposta da **Superintendência Regional do SESI/DR-MA.**
- 11.6.** As empresas sediadas em outros Municípios ou Estados deverão encaminhar o documento digitalizado **via e-mail**, dentro do prazo e horário estabelecidos no **item 11.1.**
- 11.7.** Não serão considerados os pedidos de impugnação protocolados ou recebidos via e-mail fora do prazo, horário e em local diferente do indicado nos **itens 11.1 e 11.5.**

12. DO RECEBIMENTO

- 12.1.** O recebimento do objeto deste Edital será realizado em duas etapas:

12.1.1. Expedição de **"Termo de Recebimento Provisório"**, na entrega do objeto licitado, o qual será assinado pelos representantes do SESI/DR-MA e da licitante;

12.1.2. Expedição de “**Termo de Recebimento Definitivo**”, após a realização da análise da conformidade dos pedidos/serviços, de acordo com as especificações contidas neste Edital.

12.2. O material/serviço poderá ser rejeitado quando em desacordo com o estabelecido neste Edital, e seus anexos, sendo emitido um “**Termo de Recusa**”, o qual será assinado pelo representante do SESI/DR-MA.

12.3. A expedição dos Termos supra, não exime a licitante das demais sanções legais cabíveis, inclusive as previstas no Art. 18 da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

12.4. O recebimento dos materiais/serviços não exclui a responsabilidade da licitante pela perfeita conformidade, cabendo-lhe sanar quaisquer irregularidades detectadas quando da análise do mesmo.

13. DO PRAZO DE EXECUÇÃO E LOCAL DE ENTREGA

13.1. Os serviços, objeto desta licitação, serão iniciados após a assinatura do contrato e recebimento do Pedido de Compra/Autorização de Serviço. O prazo de execução do contrato será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado até o limite máximo estabelecido no Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.

13.2. Após a homologação deste procedimento, a Administração do SESI/DR-MA convocará oficialmente a **licitante vencedora**, durante a validade da sua proposta para, no prazo máximo de **05 (cinco) dias úteis**, aceitar ou retirar o Autorização de Fornecimento/Serviço, sob pena de decair o direito a execução, sem prejuízo das sanções legais previstas.

13.3. O prazo da convocação poderá ser prorrogado uma única vez, por no máximo igual período, quando solicitado pela **licitante vencedora** durante o seu transcurso, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Administração.

13.4. É facultado à Administração, quando a **vencedora** não retirar ou aceitar a Autorização de Fornecimento/Serviço no prazo e condições estabelecidos, chamar as **licitantes remanescentes**, obedecida à ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pela primeira classificada, inclusive quanto ao preço, ou revogar este torneio, independentemente de qualquer comunicação.

13.5. O disposto no item anterior não se aplica às licitantes remanescentes que não aceitarem a contratação, nas mesmas condições propostas pela adjudicatária, inclusive quanto a prazo e preço.

13.6. Os serviços, objeto desta licitação, deverão ser prestados sob a supervisão da **Coordenadoria de Gestão de Pessoas do SESI/DR-MA**.

14. DOS ACRÉSCIMOS E SUPRESSÕES

14.1. Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de **complementação ou acréscimo** que se fizerem necessários nas **obras, serviços ou compras até 25%** (vinte e cinco por cento) do valor inicial e **de até 50%** (cinquenta por cento) **para reforma de edifício ou equipamento**, ambos atualizados, sempre mediante a lavratura de Termo de Aditamento, conforme determina o Regulamento de Licitações e Contratos do SESI em seu Artigo 30.

- 14.2.** A contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições acima, **as supressões** que se fizerem necessárias, sempre mediante a lavratura de Termo de Aditamento.
- 14.3.** Todas as alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidades de prorrogação, constarão em Termo de Aditamento.

15. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1.** A critério da Administração do SESI, este torneio poderá:
- a) Ser anulado, caso exista ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado;
 - b) Ser revogado, a juízo da Administração, se for considerada inoportuna ou inconveniente ao interesse da entidade, decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta;
 - c) Ser cancelado, antes de emitida Autorização de Fornecimento/Serviço, desde que justificado;
 - d) Ter sua data de abertura dos envelopes de PROPOSTA e DOCUMENTAÇÃO transferida, por conveniência exclusiva da Administração.
- 15.2.** Este Edital deverá ser lido e interpretado na íntegra e após a apresentação da proposta e da documentação, não serão aceitas alegações de desconhecimento ou discordância de seus termos.
- 15.3.** Caberá ao SESI:
- a) Permitir acesso dos empregados da licitante vencedora às suas dependências, para a execução do objeto;
 - b) Impedir que terceiros executem o objeto deste torneio;
 - c) Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelos empregados da licitante vencedora;
 - d) Exercer permanente fiscalização da execução do objeto deste torneio, por intermédio da **Coordenadoria de Gestão de Pessoas do SESI/DR-MA**, de acordo com o Termo de Referência anexo a este Edital;
 - e) Notificar a licitante vencedora, por escrito, sobre irregularidades constatadas na execução do objeto para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
 - f) Solicitar que sejam substituídos os materiais/serviços recusados, de acordo com as condições e especificações deste torneio.
- 15.4.** Todos os documentos de habilitação e propostas cujos envelopes forem abertos na sessão serão rubricados pela Pregoeira, pela Equipe de Apoio e pelas licitantes presentes.
- 15.5.** É vedado à licitante retirar qualquer documento constante no seu credenciamento/proposta/documentos de habilitação, após entregues à Comissão.

- 15.6.** A classificação orçamentária para esta licitação está nas Unidades e Centros de Responsabilidades, conforme Termo de Referência anexo a este Edital.

16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1.** É facultada à Comissão ou à Autoridade Superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originariamente da proposta e/ou dos documentos de habilitação.
- 16.2.** Qualquer esclarecimento ou informação complementar poderá ser obtido através do e-mail: **cilic@fiema.org.br** ou pelo telefone: **(98) 2109-1868**.
- 16.3.** As empresas interessadas deverão manter-se atualizadas de quaisquer informações, alterações e/ou esclarecimentos sobre o Edital, por meio de consulta permanente aos endereços **<http://www.fiema.org.br/sesi>**, não cabendo a esta Entidade, a responsabilidade pela não observância deste procedimento.
- 16.4.** Das sessões públicas serão lavradas Atas, as quais serão assinadas pelos membros da CILIC e pelas licitantes presentes, com os registros de todas as ocorrências.

17. DO FORO

- 17.1.** Para todos os efeitos legais, as partes elegem o Foro de São Luís, capital do Estado do Maranhão para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da aplicação deste Edital e seus Anexos.

São Luís, 24 de outubro de 2022.

Fernanda Mendes Bertrand
Pregoeira

Rosilda Lopes Costa
Equipe de Apoio

Pollyane Christine Lima Martins
Equipe de Apoio

Alysson Diniz Maramaldo
Equipe de Apoio

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Assistência à Saúde ou Seguro Privado de Assistência à Saúde (SEGURADORAS, OPERADORAS ou Administradora de Benefícios com registro na ANS) para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, exames de alta complexidade, serviços auxiliares de diagnóstico em geral, atendimento de emergência e urgência, abrangendo todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas posteriores atualizações, destinado aos empregados do SISTEMA FIEMA e seus dependentes **em âmbito regional e/ou nacional**.

O objeto será dividido em 2 lotes em função dos municípios de coberturas e das categorias de planos, da seguinte forma:

Lote 01 – Plano com abrangência nacional

- Cobertura de atendimentos a nível nacional

Lote 02 – Plano com abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados

- Cobertura de atendimentos Estaduais contemplando os municípios de São Luís; Imperatriz; Açailândia; Bacabal; Caxias e Balsas, de acordo com as redes credenciadas disponíveis nesses municípios ou municípios próximos.

2. JUSTIFICATIVA

Necessidade de manter a continuidade da assistência médica, hospitalar, ambulatorial e laboratorial aos colaboradores do **Sistema FIEMA** e seus dependentes legais, considerando o término do contrato atualmente em vigor cuja vigência expirar-se-á em 30/11/2022.

Para se tornar mais atrativo, recomenda-se a realização de licitação por lote conforme descrição do objeto.

3. ESPECIFICAÇÃO

3.1 DADOS INFORMATIVOS

O **quantitativo médio de empregados e dependentes** do SISTEMA FIEMA perfazem o total de 1.712 (Mil setecentos e doze), conforme tabela abaixo:

EMPRESA	TITULARES	DEPENDENTES
SESI	492	427
SENAI	351	328
FIEMA	41	41
IEL	22	10
TOTALIZADORES	906	806
TOTAL GERAL	1.712	

Os quantitativos apresentados representam uma **demand estimada**, não configurando obrigação por parte desta administração adquiri-los na sua totalidade, visto que pode haver variações na quantidade de empregados beneficiários e respectivos dependentes.

A cobertura dos serviços deverá atender ao tipo de plano a seguir descrito:

LOTE I - Plano tipo (NACIONAL): Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência NACIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em **APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO**, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo **REEMBOLSO** onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento.

Categoria 1 - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.

Categoria 2 - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20** vidas, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

LOTE II - Plano tipo Regional / Estadual / Grupo de Estados: Plano com abrangência regional: Assistência Médica e Hospitalar com obstetria, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), com abrangência REGIONAL, inclusive urgência e emergência. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), internação em **APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E ENFERMARIA COM BANHEIRO**, atendimento de urgência e emergência em território regional, incluindo **REEMBOLSO** onde não tiver rede própria ou credenciada de atendimento:

Categoria 1 - Para os funcionários ATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos a **PREÇO PER CAPITA**, (faixa etária única) no **total estimado de 1.712 vidas**, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, sendo **287 vidas** já inseridas no plano atual.

Categoria 2 - Para os funcionários INATIVOS do SISTEMA FIEMA e seus dependentes legais, todos por **FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **20** vidas, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, já inseridas no plano atual e demais desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, assumindo integralmente o respectivo custeio diretamente com a operadora.

Serão formalizados contratos distintos para cada lote específico, lote 1 de abrangência nacional e lote 2 de abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados, quando firmado com Seguradora, Operadora e/ou Administradora de benefícios diferentes, ou contrato **ÚNICO**, quando a mesma Seguradora, Operadora e/ou Administradora de Benefício forem habilitados a fornecer as duas categorias do plano especificados nos lotes 1 e 2.

Entende-se por funcionários **ATIVOS** – Funcionários ADMITIDOS no Sistema FIEMA.

Entende-se por funcionários **INATIVOS** – Funcionários desligados após a perda do vínculo com o SISTEMA FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

Lote 01 – Plano Abrangência Nacional - Vigência Contratual de 12 (doze) meses			
Categoria ATIVOS			
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UND
01	Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais , todos a PREÇO PER CAPITA , (faixa etária única). Plano tipo NACIONAL . Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E/OU ENFERMARIA COM BANHEIRO , atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	1	Serviço
Categoria INATIVOS			
02	Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais , todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA . Plano tipo NACIONAL . Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E/OU ENFERMARIA COM BANHEIRO , atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	1	Serviço

Lote 02 – Plano com abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados - Vigência Contratual de 12 (doze) meses

CATEGORIA ATIVOS

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UND
01	Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais , todos a PREÇO PER CAPITA , (faixa etária única). Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados . Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E/OU ENFERMARIA COM BANHEIRO , atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	1	serviço

CATEGORIA INATIVOS

02	Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais , todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA . Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados , Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO E/OU ENFERMARIA COM BANHEIRO , atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	1	Serviço
----	---	---	---------

Serão formalizados contratos distintos para cada lote específico, lote 1 de abrangência nacional e lote 2 de abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados, quando firmado com Seguradora, Operadora e/ou Administradora de benefícios diferentes, ou contrato ÚNICO, quando a mesma Seguradora, Operadora e/ou Administradora de Benefício forem habilitados a fornecer as duas categorias do plano especificados nos lotes 1 e 2.

Poderão se inscrever no Plano de saúde:

Na qualidade de titular:

- a) todos os colaboradores do Sistema FIEMA.
- b) demitidos: em consonância com o art. 30 da Lei 9.656/98
- c) aposentados: em consonância com o art. 31 da Lei 9.656/98

Na qualidade de dependente:

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável do titular;
- b) os filhos e enteados do titular, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez, mediante comprovação do INSS.
- c) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial do titular, observado o disposto nas alíneas "b" e "d".

Caberá ao Sistema FIEMA, **por meio da Coordenadoria de Gestão de Pessoas**, administrar e encaminhar as solicitações dos respectivos colaboradores ativos, habilitados para a efetivação de inclusão e exclusão junto à operadora contratada.

A comunicação de inclusão ou exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita até **dia 25 de cada mês** de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

A exclusão do colaborador implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

Caberá ao Sistema FIEMA a apresentação através de documentos (**cópia do contrato de trabalho e/ou CTPS**), que comprovem o vínculo do colaborador ativo e a relação de parentesco/afinidade de seus dependentes, comprovando **através de certidão de nascimento, CPF, RG, quando solicitados pela CONTRATADA**.

3.1.1 Identificação dos beneficiários:

A identificação dos beneficiários titulares e dependentes será realizada mediante carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela CONTRATADA gratuitamente, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde.

Em caso de extravio da carteira de identificação, roubo, furto, incêndio, devidamente comprovados por ocorrência policial, o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pela CONTRATADA.

3.1.2 Exclusão do beneficiário:

Os titulares serão excluídos do plano de saúde nos seguintes casos, quando solicitado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas:

- por falecimento;
- por demissão;
- quando solicitado pelo titular e ou pela **Coordenadoria de Gestão de Pessoas** da FIEMA.

Os dependentes serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

- falecimento;
- quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

É de única e exclusiva responsabilidade do titular quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a sua exclusão, devendo efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

3.2 CARÊNCIAS

É assegurada a inclusão:

- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do colaborador ativo, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

É garantida a **opção de continuidade** para manutenção do plano dos desligados, após a perda do vínculo com o Sistema FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio **diretamente com a operadora**.

Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficiários do Plano de saúde, conforme segue:

- a) dos beneficiários incluídos, desde que firmem o termo de adesão no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Contrato;
- b) dos demais dependentes, se inscritos até 30 (trinta) dias a contar da data em que, legalmente, adquirem aquela condição;
- c) dos funcionários que vierem a ser contratados pela FIEMA durante a vigência do contrato, na condição de inclusão no prazo máximo de 30 dias da data de sua admissão, bem como de seus dependentes.

Para os usuários que tenham optado por qualquer dos Planos oferecidos após a data prevista no subitem acima, a carência será de acordo com o limite máximo previsto no Art. 12, inciso V da Lei nº. 9.656/98:

- a) emergência e urgência médicas incluindo acidentes pessoais devidamente comprovadas: **24 horas**;
- b) consultas médicas: **30 (trinta) dias**;
- c) exames básicos: **30 (trinta) dias**;
- d) exames de alta complexidade **180 (cento e oitenta) dias**;
- e) internações hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias**;
- f) cirurgias **180 (cento e oitenta) dias**;
- g) partos e suas consequências: **10 (dez) meses**.

OBS: Para a reintegração de funcionários e dependentes desligados involuntariamente do Plano de Saúde, não serão admitidos os períodos de carência para os seguintes eventos, desde que o reingresso se dê por medida judicial e/ou legislação vigente.

- a) emergência e urgência médicas incluindo acidentes pessoais devidamente comprovada: **SEM CARÊNCIAS**;
- b) consultas médicas: **SEM CARÊNCIA**;
- c) exames básicos: **SEM CARÊNCIA**;
- d) exames de alta complexidade: **90 (noventa) dias**;
- e) internações hospitalares: **90 (noventa) dias**;
- f) cirurgias: **90 (noventa) dias**;
- g) partos e suas consequências: **10 (dez) meses**.

3.3 COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas.

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- Diária de internação hospitalar;
- Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano;
- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do colaborador, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;
- Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- Dar assistência na modalidade de *home care*, desde que o beneficiário tenha esse serviço aprovado pelo médico assistente e pela operadora.

3.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- a) Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;
- b) Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial.

3.5 EXCLUSÕES DE COBERTURA

As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- * Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- * Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- * Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- * Inseminação artificial;
- * Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- * Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPA's), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais;
- * Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- * Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- * Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgicos indicados;
- * Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- * Aplicação de vacinas preventivas;
- * Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- * Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior e
- * Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.5.1 Exclusões genéricas a todos os planos:

- a)** Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- b)** Cirurgia plástica em geral, exceto as restauradoras a seguir:
 - 1) Correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato, e/ou
 - 2) Correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, estando a cobertura sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica.
- c)** Tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Complementar;
- d)** Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- e)** Aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- f)** Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g)** Aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo CFM;
- i)** Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar;
- j)** Despesas com medicação de manutenção pós-transplante, exceto de rins e córneas;
- k)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- l)** Cobertura de procedimentos odontológicos, salva cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- m)** Exames médicos e complementares de saúde ocupacional (admissional, periódico e demissional).

3.6 SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS PELA CONTRATADA

Os serviços contratados deverão abranger, no mínimo, as seguintes modalidades de atendimento:

- a)** Consultas médicas, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades admitidas ou que venham a ser admitidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM e/ou Associação Médica Brasileira, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial:

- 01- Alergologia;
- 02- Anatomia patológica;
- 03- Anestesiologia;
- 04- Angiologia;
- 05 – Cancerologia;
- 06 – Cardiologia, eletrocardiografia e *holter*;
- 07- Cirurgia de mão, cabeça, pescoço e buco-maxilo-facial;
- 08 – Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marca-passo) e *stent*;
- 09 – Cirurgia gastroenterológica;
- 10 – Cirurgia geral, cirurgia laparoscópica e vídeo laparoscópica;
- 11 – Cirurgia oftalmológica inclusive corretiva (miopia, catarata, facectomia, hipermetropia), com introdução de lente ocular nacionalizada, dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações;
- 12 – Cirurgia oncológica;
- 13 – Cirurgia ortopédica e traumatológica;
- 14 – Cirurgia pediátrica;
- 15 – Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética;
- 16 – Cirurgia torácica;
- 17 – Cirurgia urológica;
- 18 – Cirurgia vascular periférica;
- 19 – Citologia;

20 - Clínica médica;
21 - Dermatologia;
22 - Doenças infecciosas e parasitárias de qualquer natureza, inclusive assistência à S.I.D.A.;
23 - Endocrinologia e metabologia;
24 - Fisiatria e Foniatria;
25 - Gastroenterologia;
26 - Ginecologia;
27 - Hematologia;
28 - Hepatologia;
29 - Homeopatia;
30 - Mastologia;
31 - Medicina nuclear;
32 - Microcirurgia reconstrutiva;
33 - Nefrologia;
34 - Neurocirurgias;
35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);
36 - Cirurgia refrativa para grau igual ou maior que sete uni ou bilateral;
37 - Ortopedia;
38 - Otorrinolaringologia;
39 - Patologia clínica;
40 - Pediatria;
41 - Pneumologia;
42 - Proctologia;
43 - Reumatologia;
44 - Tisiologia;
45 - Traumatologia;
46 - Urologia;
47 - Venereologia;
48 - Psiquiatria, consultas e tratamentos psicoterápicos ou psiquiátricos em situações de crise (dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações);
49 - Fonoaudiologia.

b) A CONTRATADA também deverá assegurar aos beneficiários, os seguintes exames complementares:

01 - Análises clínicas;
02 - Anatomopatológicos, exceto necropsia;
03 - Angiografia;
04 - Arteriografia;
05 - Ciclo ergometria;
06 - Cineangiocoronariografia;
07 - Colonoscopia;
08 - Densitometria óssea;
09 - Ecocardiografia;
10 - Ecografia;
11 - Eletrocardiografia;
12 - Eletroencefalografia;
13 - Eletromiografia;
14 - Endoscopia;
15 - Fluoresceinografia;
16 - Fonocardiografia;
17 - Laparoscopia;
18 - Medicina Nuclear - radioisótopos e cintilografia;
19 - Provas de função pulmonar;
20 - Radiológico;
21 - Ressonância magnética;
22 - Tomografia computadorizada;
23 - Ultrassonografia.

A CONTRATADA deverá assegurar, ainda, os seguintes serviços auxiliares:

- 01 - Fisioterapia;
- 02 - Quimioterapia;
- 03 - Hemodiálise;
- 04 - Serviços médicos auxiliares ainda não previstos, que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, mediante acordo entre as partes.

Procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares que necessitam de autorização prévia da CONTRATADA:

a) Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

- 01 - Acupuntura;
- 02 - Cirurgias;
- 03 - Diálise (peritoneal);
- 04 - Fisioterapia;
- 05 - Hemodiálise;
- 06 - Hemoterapia;
- 07 - Implantes;
- 08 - Internações;
- 09 - Litotripsia;
- 10 - Quimioterapia;
- 11 - Radioterapia;
- 12 - Remoções inter - hospitalares com exceção para consulta e exames;
- 13 - Transplantes de rins e córnea.

b) Exames Complementares:

- 01 - Angiografia;
- 02 - Angiografia Digital;
- 03 - Arteriografia;
- 04 - Audiometria;
- 05 - Cardiotocografia;
- 06 - Densitometria Óssea;
- 07 - Ecocardiografia;
- 08 - Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- 09 - Eletrococleografia;
- 10 - Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 11 - Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 12 - Fluoresceinografia;
- 13 - Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- 14 - Medicina Nuclear;
- 15 - Neurofisiologia Clínica;
- 16 - Neurorradiologia e Radiologia intervencionista;
- 17 - Ressonância Nuclear Magnética;
- 18 - Tomografia Computadorizada;
- 19 - Vídeo-Laparoscopia.

Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 72 (setenta e duas) horas após o início do atendimento.

Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação (inclusos os gastos com alimentação dos acompanhantes dos menores de 18 (dezoito anos) e igual ou maiores de 60 (sessenta anos)).

O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até a alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados de grande porte, garantidas nesse caráter, consultas em todas as especialidades.

Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato.

Cobertura em todo território nacional e regional sendo que nas cidades onde o atendimento não esteja coberto ou executado diretamente pela contratada, serão aceitos os planos e condições particulares da localidade, sendo o beneficiário reembolsado dentro da modalidade de seu plano, integralmente, das despesas médicas hospitalares e ambulatoriais no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da apresentação dos documentos pelo beneficiário.

Remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional e regional sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional, bem como, a cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou acima de 60 (sessenta) anos.

Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.

Transtornos psiquiátricos:

Deverá oferecer cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, nos termos seguintes:

- a)** Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b)** Além da cobertura especificada acima, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;
- c)** Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o item anterior deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano;
- d)** O custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares abrangendo todos aqueles admitidos pelo Conselho Federal de Medicina - constantes da tabela da Associação Médica Brasileira e, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou que venham a ser nela incluídos, em especial:

- 01- Análises clínicas;
- 02- Anatomia patológica;
- 03- Angiografia;
- 04- Angioplastia;
- 05- Arteriografia;
- 06- Audiometria;
- 07- Cateterismo cardíaco;
- 08- Ciclo ergometria;
- 09- Cineangiocoronariografia;
- 10- Cirurgias laparoscópicas e videolaparoscopias;
- 11- Cobalto terapia;
- 12- Colpo citologia;
- 13- Densitometria óssea;
- 14- Doppler;
- 15- Ecocardiograma;
- 16- Eletroencefalograma;
- 17- Eletromiografia;
- 18- Endoscopia peroral;
- 19- Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 20- Fisioterapia;
- 21- Fonocardiografia;
- 22- Fluoresceinografia;
- 23- Hemodiálise e diálise peritonial;
- 24 -Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;

25- Hemoterapia;
26 - Holter;
27- Inala terapia;
28- Laparoscopia;
29- Litotripsia extracorpórea;
30- Medicina nuclear;
31- Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
32- Neurorradiologia;
33- Nutrição parenteral ou enteral;
34- Provas de função pulmonar;
35 - Próteses intra-operatórias;
36- Quimioterapia;
37- Radiologia (inclusive a intervencionista);
38- Radioterapia;
39- Ressonância nuclear magnética;
40- Tococargiografia;
41- Tomografia computadorizada;
42- Ultrassonografia;
43- Xerocardiografia.

A CONTRATADA deverá disponibilizar toda a sua rede credenciada nas cidades abrangidas, **devidamente atualizada**, para atendimento aos beneficiários inscritos no Plano de saúde.

Fornecer as autorizações, ou justificar os indeferimentos nos prazos previstos pela ANS e de acordo com a RN 395 de 14/01/2016, em relação aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames laboratoriais e complementares, serviços auxiliares, terapias ou qualquer outro tratamento médico que necessite de autorização prévia. Os prazos de autorização de internações variam de acordo com a complexidade.

3.7 REEMBOLSO

Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em **território Nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados**, quando não houver rede própria ou credenciada para assistência à saúde do beneficiário/dependente.

O reembolso será de acordo com o rol de procedimentos e normativas de reembolso da ANS, conforme tabela de nível de reembolso do plano contratado sempre que:

- O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- Consultas e exames, quando não houver rede credenciada.
- Se houver paralisação e ou interrupção do atendimento pela rede de serviços em determinadas especialidades.

O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta dias) contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- Recibos de pagamento dos honorários médicos originais;
- Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital e laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

Quando o valor efetivamente pago pelo titular for menor ou maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor integral pago pelo titular, após apresentação dos documentos exigidos no item anterior.

O reembolso dos usuários do plano de saúde será fiscalizado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas da CONTRATANTE, a quem deve a CONTRATADA comprovar no prazo de até **30 (trinta) dias** o pagamento ao titular.

3.8 REMOÇÃO

Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados.

Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido a carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação observando-se as seguintes situações:

1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;
2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
3. A ambulância terrestre deverá possuir os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

3.9 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA DOS SERVIÇOS

No ato da licitação a licitante deverá apresentar Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No ato da licitação a licitante deverá apresentar Autorização para operar em Planos ou Seguros de Assistência à Saúde emitida pelos órgãos competentes, Conselho Federal de Medicina – CFM, Conselho Regional de Medicina – CRM ou Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

No ato da licitação a licitante deverá apresentar Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características e qualidade com o objeto a ser licitado, através de atestado de capacidade técnica que caracterize que a empresa prestou ou vem prestando a contento serviços da mesma natureza.

3.10 PAGAMENTO

O Sistema FIEMA pagará à Contratada, pelos serviços contratados e prestados, para categoria de ATIVOS, valor *per capita*, e para a categoria de INATIVOS, o valor por faixa etária, ofertado no certame correspondente a cada beneficiário incluído no plano de saúde, correspondendo atualmente, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, **287 vidas** já inseridas no plano atual ou conforme o número de adesão ao plano de saúde de acordo com o perfil de beneficiários apresentados pelo SISTEMA FIEMA de **1.712 vidas estimadas**.

Tais vidas serão distribuídas conforme a natureza e tipo do plano, ou seja, abrangência nacional ou regional, com acomodação apartamento ou enfermaria.

3.11 REAJUSTE

O valor mensal poderá ser revisto em periodicidade não inferior a doze meses, contados da data da assinatura do contrato para a categoria de ATIVOS e/ou mudança de faixa etária para a categoria de INATIVOS.

A iniciativa revisional cabe à contratada, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos através de planilhas e documentos comprobatórios, de acordo com o índice do VCMH (Variação de Custos Médicos Hospitalares) em função da sinistralidade, na hipótese de ultrapassar o percentual máximo previamente definido de 70% (setenta por cento).

Qualquer reajuste de preços deverá estar amparado pelas normas da Agência Nacional da Saúde - ANS.

Os efeitos financeiros da revisão serão devidos a partir da data do pedido protocolado, formalizado na FIEMA.

3.12 REDE DE ATENDIMENTO

A operadora deverá dispor de rede credenciada com cobertura em todo o território nacional para p LOTE 1 e regional para o Lote 2, inclusive nos municípios que o Sistema FIEMA exerce sua atividade, exceto os municípios que não disponha de Hospital, Clínicas e Laboratórios privados com capacidade técnica exigidas pelos órgãos competentes e Operadoras para Credenciamento.

A CONTRATADA deverá obrigatoriamente ceder a CONTRATANTE a rede credenciada da operadora indicada em sua proposta de preços, por meio digital ou impresso, bem como manter atualizado o portal para consulta da rede credenciada, conforme preconiza a ANS.

A operadora poderá modificar ou cancelar credenciamento de médicos ou entidades prestadoras de serviço, inclusive por sugestão da CONTRATANTE, preservando, entretanto, o padrão de qualidade e o nível de atendimento.

Em caso de descredenciamento, deverá ser encaminhado comunicado ao gestor do contrato, que repassará aos beneficiários, indicando um prestador substituto para continuidade do atendimento.

3.13 TABELA QUANTITATIVA DE EMPREGADOS CONTEMPLADOS ATUALMENTE NO PLANO DE SAÚDE.

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SESI

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	12
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	0
De 29 a 33 anos	8	0
De 34 a 38 anos	11	1
De 39 a 43 anos	19	1
De 44 a 48 anos	16	3
De 49 a 53 anos	18	4
De 54 a 58 anos	21	4
Acima de 58 anos	14	12
TOTAL	110	39
TOTAL	149	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SENAI

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	10
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	1
De 29 a 33 anos	2	0
De 34 a 38 anos	5	3
De 39 a 43 anos	6	2
De 44 a 48 anos	9	3
De 49 a 53 anos	22	6
De 54 a 58 anos	10	9

Acima de 58 anos	16	8
TOTAL	74	44
TOTAL	118	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - IEL

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	3
De 19 a 23 anos	0	0
De 24 a 28 anos	0	0
De 29 a 33 anos	0	0
De 34 a 38 anos	1	0
De 39 a 43 anos	1	1
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	0	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	0
TOTAL	3	4
TOTAL	7	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - FIEMA

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	2
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	0	0
De 29 a 33 anos	0	1
De 34 a 38 anos	3	0
De 39 a 43 anos	1	0
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	2	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	1
TOTAL	7	6
TOTAL	13	

VALOR ESTIMADO (R\$)

PERÍODO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO OU PRAZO DE ENTREGA DO MATERIAL

O prazo de execução e de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos através de aditivos até o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

PERÍODO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência deste Contrato será de 12 (doze) meses, para vigorar a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado mediante acordo entre as Partes, por intermédio de Termos Aditivos, não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais prorrogações o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE	CENTRO DE RESPONSABILIDADE	CONTA CONTÁBIL	SALDO
05.01.02.01	4.01.01.02.01.01	3.10.10.10.30.02	

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO OU ENTREGA DO MATERIAL

Superintendência Corporativa/SUCOR - COGEP

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

São obrigações do **CONTRATANTE**:

- Fornecer à contratada em até 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato, a relação dos beneficiários e seus dependentes legais de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular.
- Findo o prazo de que trata a alínea "a", somente serão admitidas novas adesões, sem carência, em casos de admissão funcional e reintegração legal, nascimento, casamento ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;
- Para fins de registro dos dependentes, o CONTRATANTE efetuará rigoroso cadastramento, respondendo civil, penal e administrativamente os responsáveis pelo fornecimento e inclusão de dados considerados falsos;
- Informar à Contratada, até o dia **25** de cada mês, **por meio eletrônico ou ofício** qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários;
- Efetuar o pagamento da prestação mensal, no prazo de **até 30 dias após a apresentação da Nota Fiscal dos serviços prestados, a qual deverá ser atestada, através da Coordenadoria de Gestão de Pessoas-COGEP**;
- Notificar a Contratada, por escrito ou meio eletrônico**, os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao atendimento médico, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;
- Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela contratada, devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada;
- Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da Contratada;
- Exercer a fiscalização, coordenação e orientação dos serviços contratados **através da Coordenadoria de Gestão de Pessoas-COGEP**.
- Comunicar oficialmente à Contratada, quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Além daquelas já previstas neste Termo, são obrigações da Contratada:

- Fornecer ao CONTRATANTE, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada usuário, com prazo e validade igual ao da duração do contrato;
- Solicitar ao beneficiário, diretamente ou através do CONTRATANTE, informações ou documentos necessários à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação dar-se-á em até 30 (trinta) dias através de depósito em conta corrente do beneficiário, a partir da apresentação da solicitação do ressarcimento, nota fiscal das despesas hospitalares e recibos de honorários médicos;
- Definir normas administrativas concernentes à expedição e/ou emissão da documentação necessária à internação hospitalar;
- Disponibilizar de forma online a cada beneficiário titular o manual de orientação de todos os procedimentos inerentes à realização de consultas, exames de diagnóstico, tratamentos, internações eletivas e de emergência, reembolso e relação de credenciados constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares de acordo com o domicílio do beneficiário;

- e) Atualizar a relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados, sempre que houver alteração;
- f) Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à CONTRATANTE colaborar com a CONTRATADA no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;
- g) Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a CONTRATADA deverá comunicar o fato à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias.
- h) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, clínica, laboratório ou centro radiológico, **credenciar** outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento a prévia aprovação da CONTRATADA;
- i) Encaminhar mensalmente à CONTRATANTE listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes, data de nascimento e o plano em que estão inscritos;
- j) Assegurar aos beneficiários da CONTRATANTE, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional.
- k) Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela CONTRATANTE;
- l) Comunicar ao fiscal do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato;
- m) Incluir e excluir como beneficiários do Plano de Saúde os funcionários, e dependentes bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em contrato, bem como no Edital e em seus Anexos;
- n) Enviar para o Sistema FIEMA as carteiras de todos os beneficiários e seus dependentes, no prazo de **10 (dez)** dias após a data do envio pela FIEMA da relação dos Beneficiários e seus dependentes.
- o) Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- p) Negociar, conforme sugestão do Contratante, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações;
- q) A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato, assumindo a responsabilidade pelos encargos fiscais resultantes da contratação;
- r) A licitante vencedora deverá disponibilizar atendimento administrativo aos beneficiários do plano de saúde na cidade de São Luís e por Call Center 24h através de 0800;
- s) A licitante vencedora deverá disponibilizar uma assessoria de suporte ao RH na Gestão do Contrato.
- t) A licitante vencedora deverá oferecer na sua rede credenciada, especialmente em São Luís e Imperatriz, **no mínimo:**

No LOTE I - Cobertura de Atendimento com Abrangência Nacional:

1. 01(um) hospital de Grande Porte e 01 (um) hospital de Médio Porte em São Luís (MA) e 01 (um) hospital de Médio Porte em Imperatriz (MA);
2. 02 (dois) Laboratórios de Análises Clínicas, com disponibilidade mínima de 10 (dez) pontos de coleta em São Luís (MA) e 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas em Imperatriz (MA);
3. Disponibilidade de centro cirúrgico, UTI, centro de hemodinâmica, medicina nuclear, atendimento vascular, neurológico, oncologia, atendimento de urgência e emergência para atender procedimentos de alta complexidade em todas as especialidades.
4. Entende-se como hospital de grande porte aquele que disponha de no mínimo 151 leitos Médio Porte de no mínimo de 51 leitos;
5. 02 (duas) maternidades em São Luís (MA);
6. Disponibilidade de UTI NEONATAL, centro cirúrgico, atendimento de urgência e emergência para atendimento a parturiente relacionado ao parto e suas complicações, bem como atendimento ao recém-nascido.

No LOTE II - Cobertura de Atendimento com Abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados:

1. 01(um) Hospital, seja de Grande, Médio ou Pequeno Porte, na cidade de São Luís e Imperatriz;
2. 02(dois) Laboratórios de análises Clínicas com no mínimo de 10 pontos de coletas em São Luís e 1 Laboratório de análises Clínicas em Imperatriz -MA;
3. Disponibilidade de centro cirúrgico, UTI, centro de hemodinâmica, medicina nuclear, atendimento vascular, neurológico, oncologia, atendimento de urgência e emergência para atender procedimentos de alta

complexidade em todas as especialidades.

4. Entende-se como hospital de médio porte aquele que disponha de no mínimo 51 leitos e pequeno porte que disponha de no mínimo 20 leitos;
5. 1 (uma) maternidade;
6. Disponibilidade de UTI NEONATAL, centro cirúrgico, atendimento de urgência e emergência para atendimento a parturiente relacionado ao parto e suas complicações, bem como atendimento ao recém-nascido.

u) A licitante vencedora deverá oferecer atendimento com **abrangência em todo o território Nacional e/ou Regional / Estadual / Grupo de Estados, conforme especificações dos lotes 1 e 2.**

v) **No ato da Licitação a licitante deverá apresentar declaração de atendimento a nível Nacional e/ou Regional / Estadual / Grupo de Estados, conforme especificações dos lotes 1 e 2.**

SANÇÕES POR INADIMPLEMENTO

No caso de atraso injustificado ou inexecução total ou parcial do compromisso assumido com o Sistema FIEMA, as sanções administrativas aplicadas ao licitante serão as seguintes:

- Advertência;
- Multa;
- Suspensão temporária de participar de licitações e impedimento de contratar com o Sistema FIEMA pelo período de 02 (dois) anos;
- Na hipótese de descumprimento de qualquer das condições avençadas, implicará multa correspondente a 1% (um por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, subtraído o que foi executado.

Não havendo mais interesse da FIEMA na execução parcial ou total do contrato, em razão do descumprimento pelo contratado de qualquer das condições estabelecidas para a prestação dos serviços objeto deste termo, implicará multa no valor de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato.

As multas a que se referem os itens acima serão descontadas dos pagamentos devidos pela FIEMA ou cobradas diretamente da empresa, amigável ou judicialmente, e poderão ser aplicadas cumulativamente com as demais sanções previstas neste item.

Sempre que não houver prejuízo para o Sistema FIEMA, as penalidades impostas poderão ser relevadas ou transformadas em outras de menor sanção, a seu critério.

A aplicação das penalidades será precedida da concessão da oportunidade de ampla defesa por parte do adjudicatário, na forma da lei.

SETOR / DEPARTAMENTO PARA ONDE SE DESTINA O BEM (SOMENTE PARA BENS PATRIMONIAIS)

N/A

UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO (TELEFONE E E-MAIL)

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP; (98)2109-1826 jordanianascimento@fiema.org.br

ELABORADOR DO TERMO DE REFERÊNCIA

JORDANIA ALENCAR DO NASCIMENTO SERRA

RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

JORDANIA ALENCAR DO NASCIMENTO SERRA

RESPONSÁVEL PELO TERMO DE REFERÊNCIA (GESTOR DA UNIDADE)

POLLYANNA AGUIAR BATISTA JERONIMO LEITE

ANEXO II

ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

LOTE I - Plano tipo Nacional: Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), **com abrangência NACIONAL, inclusive urgência e emergência.**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO MÁXIMO (R\$)																																							
PLANO TIPO NACIONAL APARTAMENTO																																											
1	Categoria 1 Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO PER CAPITA (faixa etária única). Plano tipo NACIONAL. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	SV	01	796,14																																							
	Categoria 2 Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA. Plano tipo NACIONAL. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS. <table><tr><td>Até 18 anos</td><td>UND</td><td>1</td><td>350,31</td></tr><tr><td>De 19 a 23</td><td>UND</td><td>1</td><td>377,49</td></tr><tr><td>De 24 a 28</td><td>UND</td><td>1</td><td>445,09</td></tr><tr><td>De 29 a 33</td><td>UND</td><td>1</td><td>498,16</td></tr><tr><td>De 34 a 38</td><td>UND</td><td>1</td><td>558,48</td></tr><tr><td>De 39 a 43</td><td>UND</td><td>1</td><td>638,31</td></tr><tr><td>De 44 a 48</td><td>UND</td><td>1</td><td>777,04</td></tr><tr><td>De 49 a 53</td><td>UND</td><td>1</td><td>939,57</td></tr><tr><td>De 54 a 58</td><td>UND</td><td>1</td><td>1.199,75</td></tr><tr><td>59 ou mais</td><td>UND</td><td>1</td><td>2.022,30</td></tr></table>	Até 18 anos	UND	1	350,31	De 19 a 23	UND	1	377,49	De 24 a 28	UND	1	445,09	De 29 a 33	UND	1	498,16	De 34 a 38	UND	1	558,48	De 39 a 43	UND	1	638,31	De 44 a 48	UND	1	777,04	De 49 a 53	UND	1	939,57	De 54 a 58	UND	1	1.199,75	59 ou mais	UND	1	2.022,30	SV	01
Até 18 anos	UND	1	350,31																																								
De 19 a 23	UND	1	377,49																																								
De 24 a 28	UND	1	445,09																																								
De 29 a 33	UND	1	498,16																																								
De 34 a 38	UND	1	558,48																																								
De 39 a 43	UND	1	638,31																																								
De 44 a 48	UND	1	777,04																																								
De 49 a 53	UND	1	939,57																																								
De 54 a 58	UND	1	1.199,75																																								
59 ou mais	UND	1	2.022,30																																								

PLANO TIPO NACIONAL ENFERMARIA

2

Categoria 1 Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO PER CAPITA (faixa etária única). Plano tipo NACIONAL. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	SV	01	558,86																																								
Categoria 2 Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA. Plano tipo NACIONAL. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS. <table><tr><td>Até 18 anos</td><td>UND</td><td>1</td><td>276,46</td></tr><tr><td>De 19 a 23</td><td>UND</td><td>1</td><td>341,76</td></tr><tr><td>De 24 a 28</td><td>UND</td><td>1</td><td>396,58</td></tr><tr><td>De 29 a 33</td><td>UND</td><td>1</td><td>441,02</td></tr><tr><td>De 34 a 38</td><td>UND</td><td>1</td><td>494,76</td></tr><tr><td>De 39 a 43</td><td>UND</td><td>1</td><td>579,61</td></tr><tr><td>De 44 a 48</td><td>UND</td><td>1</td><td>723,63</td></tr><tr><td>De 49 a 53</td><td>UND</td><td>1</td><td>846,98</td></tr><tr><td>De 54 a 58</td><td>UND</td><td>1</td><td>1.072,40</td></tr><tr><td>59 ou mais</td><td>UND</td><td>1</td><td>1.614,16</td></tr></table>	Até 18 anos	UND	1	276,46	De 19 a 23	UND	1	341,76	De 24 a 28	UND	1	396,58	De 29 a 33	UND	1	441,02	De 34 a 38	UND	1	494,76	De 39 a 43	UND	1	579,61	De 44 a 48	UND	1	723,63	De 49 a 53	UND	1	846,98	De 54 a 58	UND	1	1.072,40	59 ou mais	UND	1	1.614,16	SV	01	6.787,36
Até 18 anos	UND	1	276,46																																								
De 19 a 23	UND	1	341,76																																								
De 24 a 28	UND	1	396,58																																								
De 29 a 33	UND	1	441,02																																								
De 34 a 38	UND	1	494,76																																								
De 39 a 43	UND	1	579,61																																								
De 44 a 48	UND	1	723,63																																								
De 49 a 53	UND	1	846,98																																								
De 54 a 58	UND	1	1.072,40																																								
59 ou mais	UND	1	1.614,16																																								
VALOR TOTAL DO LOTE I			15.948,86																																								

LOTE II - Plano tipo Regional / Estadual / Grupo de Estados: Plano com abrangência regional: Assistência Médica e Hospitalar com obstetrícia, terapias em geral e internações, tratamento esclerosante de varizes (escleroterapia), **com abrangência REGIONAL, inclusive urgência e emergência.**

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO MÁXIMO (R\$)																																							
PLANO TIPO REGIONAL APARTAMENTO																																											
1	Categoria 1 Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO PER CAPITA (faixa etária única). Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	SV	01	458,05																																							
	Categoria 2 Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA. Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados, Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em APARTAMENTO INDIVIDUAL COM BANHEIRO PRIVATIVO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS. <table> <tr> <td>Até 18 anos</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>225,03</td> </tr> <tr> <td>De 19 a 23</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>249,04</td> </tr> <tr> <td>De 24 a 28</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>284,23</td> </tr> <tr> <td>De 29 a 33</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>324,91</td> </tr> <tr> <td>De 34 a 38</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>376,43</td> </tr> <tr> <td>De 39 a 43</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>432,76</td> </tr> <tr> <td>De 44 a 48</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>558,60</td> </tr> <tr> <td>De 49 a 53</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>723,61</td> </tr> <tr> <td>De 54 a 58</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>937,61</td> </tr> <tr> <td>59 ou mais</td> <td>UND</td> <td>1</td> <td>1.339,07</td> </tr> </table>	Até 18 anos	UND	1	225,03	De 19 a 23	UND	1	249,04	De 24 a 28	UND	1	284,23	De 29 a 33	UND	1	324,91	De 34 a 38	UND	1	376,43	De 39 a 43	UND	1	432,76	De 44 a 48	UND	1	558,60	De 49 a 53	UND	1	723,61	De 54 a 58	UND	1	937,61	59 ou mais	UND	1	1.339,07	SV	01
Até 18 anos	UND	1	225,03																																								
De 19 a 23	UND	1	249,04																																								
De 24 a 28	UND	1	284,23																																								
De 29 a 33	UND	1	324,91																																								
De 34 a 38	UND	1	376,43																																								
De 39 a 43	UND	1	432,76																																								
De 44 a 48	UND	1	558,60																																								
De 49 a 53	UND	1	723,61																																								
De 54 a 58	UND	1	937,61																																								
59 ou mais	UND	1	1.339,07																																								

PLANO TIPO REGIONAL ENFERMARIA

2	Categoria 1 Para os funcionários ATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO PER CAPITA (faixa etária única). Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados. Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS.	SV	01	378,87																																							
	Categoria 2 Para os funcionários INATIVOS da empresa e seus dependentes legais, todos a PREÇO POR FAIXA ETÁRIA. Plano tipo REGIONAL / Estadual / Grupo de Estados, Cobertura de todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), com internação em ENFERMARIA COM BANHEIRO, atendimento de urgência e emergência em território nacional, incluindo REEMBOLSO onde não tiver rede própria, ou credenciada na área de abrangência de atendimento, de acordo com as normativas da ANS. <table><tr><td>Até 18 anos</td><td>UND</td><td>1</td><td>181,93</td></tr><tr><td>De 19 a 23</td><td>UND</td><td>1</td><td>201,32</td></tr><tr><td>De 24 a 28</td><td>UND</td><td>1</td><td>234,09</td></tr><tr><td>De 29 a 33</td><td>UND</td><td>1</td><td>262,71</td></tr><tr><td>De 34 a 38</td><td>UND</td><td>1</td><td>309,50</td></tr><tr><td>De 39 a 43</td><td>UND</td><td>1</td><td>349,85</td></tr><tr><td>De 44 a 48</td><td>UND</td><td>1</td><td>451,56</td></tr><tr><td>De 49 a 53</td><td>UND</td><td>1</td><td>586,87</td></tr><tr><td>De 54 a 58</td><td>UND</td><td>1</td><td>759,90</td></tr><tr><td>59 ou mais</td><td>UND</td><td>1</td><td>1.195,56</td></tr></table>	Até 18 anos	UND	1	181,93	De 19 a 23	UND	1	201,32	De 24 a 28	UND	1	234,09	De 29 a 33	UND	1	262,71	De 34 a 38	UND	1	309,50	De 39 a 43	UND	1	349,85	De 44 a 48	UND	1	451,56	De 49 a 53	UND	1	586,87	De 54 a 58	UND	1	759,90	59 ou mais	UND	1	1.195,56	SV	01
Até 18 anos	UND	1	181,93																																								
De 19 a 23	UND	1	201,32																																								
De 24 a 28	UND	1	234,09																																								
De 29 a 33	UND	1	262,71																																								
De 34 a 38	UND	1	309,50																																								
De 39 a 43	UND	1	349,85																																								
De 44 a 48	UND	1	451,56																																								
De 49 a 53	UND	1	586,87																																								
De 54 a 58	UND	1	759,90																																								
59 ou mais	UND	1	1.195,56																																								
VALOR TOTAL DO LOTE II				10.821,50																																							

Obs.: Serão formalizados contratos distintos para cada lote específico, lote 1 de abrangência nacional e lote 2 de abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados, quando firmado com Seguradora, Operadora e/ou Administradora de benefícios diferentes, ou contrato ÚNICO, quando a mesma Seguradora, Operadora e/ou Administradora de Benefício forem habilitados a fornecer as duas categorias do plano especificados nos lotes 1 e 2.

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

➤ **PODERÃO SE INSCREVER NO PLANO DE SAÚDE:**

Na qualidade de titular:

- a) todos os colaboradores do Sistema FIEMA.
- b) demitidos: em consonância com o art. 30 da Lei 9.656/98
- c) aposentados: em consonância com o art. 31 da Lei 9.656/98

Na qualidade de dependente:

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável do titular;
- b) os filhos e enteados do titular, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez, mediante comprovação do INSS.
- c) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial do titular, observado o disposto nas alíneas "b" e "d".

Caberá ao Sistema FIEMA, **por meio da Coordenadoria de Gestão de Pessoas**, administrar e encaminhar as solicitações dos respectivos colaboradores ativos, habilitados para a efetivação de inclusão e exclusão junto à operadora contratada.

A comunicação de inclusão ou exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita até **dia 25 de cada mês** de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

A exclusão do colaborador implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

Caberá ao Sistema FIEMA a apresentação através de documentos (**cópia do contrato de trabalho e/ou CTPS**), que comprovem o vínculo do colaborador ativo e a relação de parentesco/afinidade de seus dependentes, comprovando **através de certidão de nascimento, CPF, RG, quando solicitados pela CONTRATADA**.

Identificação dos beneficiários:

A identificação dos beneficiários titulares e dependentes será realizada mediante carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela CONTRATADA gratuitamente, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde.

Em caso de extravio da carteira de identificação, roubo, furto, incêndio, devidamente comprovados por ocorrência policial, o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pela CONTRATADA.

Exclusão do beneficiário:

Os titulares serão excluídos do plano de saúde nos seguintes casos, quando solicitado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas:

- por falecimento;
- por demissão;
- quando solicitado pelo titular e ou pela **Coordenadoria de Gestão de Pessoas** da FIEMA.

Os dependentes serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

- falecimento;
- quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

É de única e exclusiva responsabilidade do titular quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a sua exclusão, devendo efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

➤ **CARÊNCIAS:**

É assegurada a inclusão:

- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do colaborador ativo, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

É garantida a **opção de continuidade** para manutenção do plano dos desligados, após a perda do vínculo com o Sistema FIEMA, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio **diretamente com a operadora**.

Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos beneficiários do Plano de saúde, conforme segue:

- a) dos beneficiários incluídos, desde que firmem o termo de adesão no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Contrato;
- b) dos demais dependentes, se inscritos até 30 (trinta) dias a contar da data em que, legalmente, adquirem aquela condição;
- c) dos funcionários que vierem a ser contratados pela FIEMA durante a vigência do contrato, na condição de inclusão no prazo máximo de 30 dias da data de sua admissão, bem como de seus dependentes.

Para os usuários que tenham optado por qualquer dos Planos oferecidos após a data prevista no subitem acima, a carência será de acordo com o limite máximo previsto no Art. 12, inciso V da Lei nº. 9.656/98:

- a) emergência e urgência médicas incluindo acidentes pessoais devidamente comprovadas: **24 horas**;
- b) consultas médicas: **30 (trinta) dias**;
- c) exames básicos: **30 (trinta) dias**;
- d) exames de alta complexidade **180 (cento e oitenta) dias**;
- e) internações hospitalares: **180 (cento e oitenta) dias**;
- f) cirurgias **180 (cento e oitenta) dias**;
- g) partos e suas consequências: **10 (dez) meses**.

OBS: Para a reintegração de funcionários e dependentes desligados involuntariamente do Plano de Saúde, não serão admitidos os períodos de carência para os seguintes eventos, desde que o reingresso se dê por medida judicial e/ou legislação vigente.

- a) emergência e urgência médicas incluindo acidentes pessoais devidamente comprovada: **SEM CARÊNCIAS**;
- b) consultas médicas: **SEM CARÊNCIA**;
- c) exames básicos: **SEM CARÊNCIA**;
- d) exames de alta complexidade: **90 (noventa) dias**;
- e) internações hospitalares: **90 (noventa) dias**;
- f) cirurgias: **90 (noventa) dias**;
- g) partos e suas consequências: **10 (dez) meses**.

➤ **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS:**

A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas.

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- Diária de internação hospitalar;
- Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano;
- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do colaborador, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

- Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;
- Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- Dar assistência na modalidade de home care, desde que o beneficiário tenha esse serviço aprovado pelo médico assistente e pela operadora.

➤ **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- a) Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;
- b) Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial.

➤ **EXCLUSÕES DE COBERTURA:**

As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- * Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- * Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- * Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- * Inseminação artificial;
- * Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- * Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPA's), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais;
- * Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- * Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- * Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgicos indicados;
- * Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- * Aplicação de vacinas preventivas;
- * Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- * Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior e
- * Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Exclusões genéricas a todos os planos:

- a) Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- b) Cirurgia plástica em geral, exceto as restauradoras a seguir:
 - 1) Correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato, e/ou
 - 2) Correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, estando a cobertura sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica.
- c) Tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Complementar;
- d) Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- e) Aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- f) Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) Aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo CFM;
- i) Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar;

- j) Despesas com medicação de manutenção pós-transplante, exceto de rins e córneas;
- k) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- l) Cobertura de procedimentos odontológicos, salva cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- m) Exames médicos e complementares de saúde ocupacional (admissional, periódico e demissional).

➤ **SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS PELA CONTRATADA:**

Os serviços contratados deverão abranger, no mínimo, as seguintes modalidades de atendimento:

a) Consultas médicas, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades admitidas ou que venham a ser admitidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM e/ou Associação Médica Brasileira, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial:

- 01- Alergologia;
- 02- Anatomia patológica;
- 03- Anestesiologia;
- 04- Angiologia;
- 05 – Cancerologia;
- 06 – Cardiologia, eletrocardiografia e *holter*;
- 07- Cirurgia de mão, cabeça, pescoço e buco-maxilo-facial;
- 08 - Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marca-passo) e *stent*;
- 09 - Cirurgia gastroenterológica;
- 10 - Cirurgia geral, cirurgia laparoscópica e vídeo laparoscópica;
- 11 - Cirurgia oftalmológica inclusive corretiva (miopia, catarata, facectomia, hipermetropia), com introdução de lente ocular nacionalizada, dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações;
- 12 - Cirurgia oncológica;
- 13 - Cirurgia ortopédica e traumatológica;
- 14 - Cirurgia pediátrica;
- 15 - Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética;
- 16 – Cirurgia torácica;
- 17 – Cirurgia urológica;
- 18 – Cirurgia vascular periférica;
- 19 – Citologia;
- 20 - Clínica médica;
- 21 – Dermatologia;
- 22 - Doenças infecciosas e parasitárias de qualquer natureza, inclusive assistência à S.I.D.A;
- 23 - Endocrinologia e metabologia;
- 24 – Fisiatria e Foniatria;
- 25 – Gastroenterologia;
- 26 – Ginecologia;
- 27 – Hematologia;
- 28 – Hepatologia;
- 29 – Homeopatia;
- 30 – Mastologia;
- 31 - Medicina nuclear;
- 32 - Microcirurgia reconstrutiva;
- 33 – Nefrologia;
- 34 – Neurocirurgias;
- 35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);
- 36 – Cirurgia refrativa para grau igual ou maior que sete uni ou bilateral;
- 37 – Ortopedia;
- 38 – Otorrinolaringologia;
- 39 - Patologia clínica;
- 40 – Pediatria;
- 41 – Pneumologia;
- 42 – Proctologia;
- 43 – Reumatologia;
- 44 – Tisiologia;

- 45 – Traumatologia;
- 46 – Urologia;
- 47 – Venereologia;
- 48 – Psiquiatria, consultas e tratamentos psicoterápicos ou psiquiátricos em situações de crise (dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações);
- 49 – Fonoaudiologia.

b) A CONTRATADA também deverá assegurar aos beneficiários, os seguintes exames complementares:

- 01 – Análises clínicas;
- 02 – Anatomopatológicos, exceto necropsia;
- 03 – Angiografia;
- 04 – Arteriografia;
- 05 – Ciclo ergometria;
- 06 – Cineangiografias;
- 07 – Colonoscopia;
- 08 – Densitometria óssea;
- 09 – Ecocardiografia;
- 10 – Ecografia;
- 11 – Eletrocardiografia;
- 12 – Eletroencefalografia;
- 13 – Eletromiografia;
- 14 – Endoscopia;
- 15 – Fluoresceinografia;
- 16 – Fonocardiografia;
- 17 – Laparoscopia;
- 18 – Medicina Nuclear – radioisótopos e cintilografia;
- 19 – Provas de função pulmonar;
- 20 – Radiológico;
- 21 – Ressonância magnética;
- 22 – Tomografia computadorizada;
- 23 – Ultrassonografia.

A CONTRATADA deverá assegurar, ainda, os seguintes serviços auxiliares:

- 01 – Fisioterapia;
- 02 – Quimioterapia;
- 03 – Hemodiálise;
- 04 – Serviços médicos auxiliares ainda não previstos, que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, mediante acordo entre as partes.

Procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares que necessitam de autorização prévia da CONTRATADA:

a) Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

- 01 – Acupuntura;
- 02 – Cirurgias;
- 03 – Diálise (peritoneal);
- 04 – Fisioterapia;
- 05 – Hemodiálise;
- 06 – Hemoterapia;
- 07 – Implantes;
- 08 – Internações;
- 09 – Litotripsia;
- 10 – Quimioterapia;
- 11 – Radioterapia;
- 12 – Remoções inter - hospitalares com exceção para consulta e exames;

13 - Transplantes de rins e córnea.

b) Exames Complementares:

- 01 – Angiografia;
- 02 – Angiografia Digital;
- 03 – Arteriografia;
- 04 – Audiometria;
- 05 – Cardiotocografia;
- 06 – Densitometria Óssea;
- 07 – Ecocardiografia;
- 08 – Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- 09 – Eletrococleografia;
- 10 – Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 11 – Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 12 – Fluoresceinografia;
- 13 – Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- 14 – Medicina Nuclear;
- 15 – Neurofisiologia Clínica;
- 16 – Neurorradiologia e Radiologia intervencionista;
- 17 – Ressonância Nuclear Magnética;
- 18 – Tomografia Computadorizada;
- 19 – Vídeo-Laparoscopia.

Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 72 (setenta e duas) horas após o início do atendimento.

Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação (inclusos os gastos com alimentação dos acompanhantes dos menores de 18 (dezoito) anos) e igual ou maiores de 60 (sessenta) anos).

O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até a alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados de grande porte, garantidas nesse caráter, consultas em todas as especialidades.

Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato.

Cobertura em todo território nacional e regional sendo que nas cidades onde o atendimento não esteja coberto ou executado diretamente pela contratada, serão aceitos os planos e condições particulares da localidade, sendo o beneficiário reembolsado dentro da modalidade de seu plano, integralmente, das despesas médicas hospitalares e ambulatoriais no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da apresentação dos documentos pelo beneficiário.

Remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional e regional sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional, bem como, a cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou acima de 60 (sessenta) anos.

Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.

Transtornos psiquiátricos:

Deverá oferecer cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, nos termos seguintes:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) Além da cobertura especificada acima, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;

c) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o item anterior deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano;

d) O custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares abrangendo todos aqueles admitidos pelo Conselho Federal de Medicina - constantes da tabela da Associação Médica Brasileira e, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou que venham a ser nela incluídos, em especial:

- 01- Análises clínicas;
- 02- Anatomia patológica;
- 03- Angiografia;
- 04- Angioplastia;
- 05- Arteriografia;
- 06- Audiometria;
- 07- Cateterismo cardíaco;
- 08- Ciclo ergometria;
- 09- Cineangiocoronariografia;
- 10- Cirurgias laparoscópicas e videolaparoscopias;
- 11- Cobalto terapia;
- 12- Colpo citologia;
- 13- Densitometria óssea;
- 14- Doppler;
- 15- Ecocardiograma;
- 16- Eletroencefalograma;
- 17- Eletromiografia;
- 18- Endoscopia peroral;
- 19- Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 20- Fisioterapia;
- 21- Fonocardiografia;
- 22- Fluoresceinografia;
- 23- Hemodiálise e diálise peritonial;
- 24- Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;
- 25- Hemoterapia;
- 26- Holter;
- 27- Inala terapia;
- 28- Laparoscopia;
- 29- Litotripsia extracorpórea;
- 30- Medicina nuclear;
- 31- Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- 32- Neurorradiologia;
- 33- Nutrição parenteral ou enteral;
- 34- Provas de função pulmonar;
- 35- Próteses intra-operatórias;
- 36- Quimioterapia;
- 37- Radiologia (inclusive a intervencionista);
- 38- Radioterapia;
- 39- Ressonância nuclear magnética;
- 40- Tococardiografia;
- 41- Tomografia computadorizada;
- 42- Ultrassonografia;
- 43- Xerocardiografia.

A CONTRATADA deverá disponibilizar toda a sua rede credenciada nas cidades abrangidas, **devidamente atualizada**, para atendimento aos beneficiários inscritos no Plano de saúde.

Fornecer as autorizações, ou justificar os indeferimentos nos prazos previstos pela ANS e de acordo com a RN 395 de 14/01/2016, em relação aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames laboratoriais e complementares,

serviços auxiliares, terapias ou qualquer outro tratamento médico que necessite de autorização prévia. Os prazos de autorização de internações variam de acordo com a complexidade.

➤ **REEMBOLSO:**

Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em **território Nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados**, quando não houver rede própria ou credenciada para assistência à saúde do beneficiário/dependente.

O reembolso será de acordo com o rol de procedimentos e normativas de reembolso da ANS, conforme tabela de nível de reembolso do plano contratado sempre que:

- O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- Consultas e exames, quando não houver rede credenciada.
- Se houver paralisação e ou interrupção do atendimento pela rede de serviços em determinadas especialidades.

O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta dias) contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- Recibos de pagamento dos honorários médicos originais;
- Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital e laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

Quando o valor efetivamente pago pelo titular for menor ou maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor integral pago pelo titular, após apresentação dos documentos exigidos no item anterior.

O reembolso dos usuários do plano de saúde será fiscalizado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas da CONTRATANTE, a quem deve a CONTRATADA comprovar no prazo de até **30 (trinta) dias** o pagamento ao titular.

➤ **REMOÇÃO:**

Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados.

Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido a carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação observando-se as seguintes situações:

1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;
2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

A ambulância terrestre deverá possuir os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

➤ **REDE DE ATENDIMENTO:**

A operadora deverá dispor de rede credenciada com cobertura em todo o território nacional para o Lote 1 e regional para o Lote 2, inclusive nos municípios que o Sistema FIEMA exerce sua atividade, exceto os municípios que não disponha de Hospital, Clínicas e Laboratórios privados com capacidade técnica exigidas pelos órgãos competentes e Operadoras para Credenciamento.

A CONTRATADA deverá obrigatoriamente ceder a CONTRATANTE a rede credenciada da operadora indicada em sua proposta de preços, por meio digital ou impresso, bem como manter atualizado o portal para consulta da rede credenciada, conforme preconiza a ANS.

A operadora poderá modificar ou cancelar credenciamento de médicos ou entidades prestadoras de serviço, inclusive por sugestão da CONTRATANTE, preservando, entretanto, o padrão de qualidade e o nível de atendimento.

Em caso de descredenciamento, deverá ser encaminhado comunicado ao gestor do contrato, que repassará aos beneficiários, indicando um prestador substituto para continuidade do atendimento.

➤ **TABELA QUANTITATIVA DE EMPREGADOS CONTEMPLADOS ATUALMENTE NO PLANO DE SAÚDE:**

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SESI		
FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	12
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	0
De 29 a 33 anos	8	0
De 34 a 38 anos	11	1
De 39 a 43 anos	19	1
De 44 a 48 anos	16	3
De 49 a 53 anos	18	4
De 54 a 58 anos	21	4
Acima de 58 anos	14	12
TOTAL	110	39
TOTAL	149	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SENAI		
FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	10
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	1
De 29 a 33 anos	2	0

De 34 a 38 anos	5	3
De 39 a 43 anos	6	2
De 44 a 48 anos	9	3
De 49 a 53 anos	22	6
De 54 a 58 anos	10	9
Acima de 58 anos	16	8
TOTAL	74	44
TOTAL	118	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - IEL

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	3
De 19 a 23 anos	0	0
De 24 a 28 anos	0	0
De 29 a 33 anos	0	0
De 34 a 38 anos	1	0
De 39 a 43 anos	1	1
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	0	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	0
TOTAL	3	4
TOTAL	7	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - FIEMA

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	2
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	0	0
De 29 a 33 anos	0	1
De 34 a 38 anos	3	0
De 39 a 43 anos	1	0
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	2	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	1
TOTAL	7	6
TOTAL	13	

ANEXO III

PROPOSTA DE PREÇOS PADRONIZADA

1. Cotamos para o objeto em licitação o valor de R\$ _____ (_____) para o valor total do objeto que será fornecido, conforme **Anexo II**.
2. O prazo de eficácia desta proposta é de **90 (noventa) dias**, a contar da data de entrega de seu respectivo envelope, estabelecida no **Edital nº 063/2022 - PREGÃO PRESENCIAL**.
3. Os serviços, objeto desta licitação, serão iniciados após a assinatura do contrato e recebimento do Pedido de Compra/Autorização de Serviço. O prazo de execução do contrato será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado até o limite máximo estabelecido no Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.
4. Declaramos que, no preço cotado, estão embutidos todos os custos diretos e indiretos, inclusive os resultantes da incidência de quaisquer tributos, contribuições ou obrigações decorrentes da legislação trabalhista, tributária, fiscal, previdenciária e do frete, se houver.
5. Estamos cientes e concordamos que na seleção dos produtos ofertados para a execução do contrato deveremos atender ao nível de qualificação e especificação exigida no instrumento convocatório, e seus anexos, de modo a se resguardar a qualidade do atendimento às Unidades do **SESI/MA**.

São Luís, ____ de _____ de _____.

(Representante Legal)

Dados do representante da empresa que assinará o termo de contrato, conforme consta no contrato social.

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Estado Civil: _____ Identidade: _____

Órgão: _____ Data de emissão: __/__/__ CPF: _____

Dados bancários da empresa licitante.

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Observação:

**Emitir em papel timbrado que identifique a licitante, com o CNPJ.
O Anexo II é parte integrante da Proposta de Preço.**

ANEXO IV

CARTA DE CREDENCIAMENTO

EDITAL Nº 063/2022 - PREGÃO PRESENCIAL

Por esta, fica credenciado (a) o (a) Senhor (a) _____, portador (a) da carteira de identidade nº. _____, expedida pela _____, inscrito no CPF sob o nº _____ para representar a empresa _____, inscrita no CNPJ nº. _____, nos autos referentes à licitação em epígrafe, na qualidade de representante legal, outorgando-lhe plenos poderes para pronunciar-se em seu nome, bem como formular proposta técnica e ou comercial, assinar documentos, requerer vista de documentos e proposta, interpor recurso e participar de todos os atos inerente ao certame e a que tudo daremos por firme e valioso.

Cidade/Estado, _____ de _____ de 2022.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo
(Representante Legal)

Nome:

C.I.:

CPF:

Cargo:

Observação: Emitir em papel timbrado que identifique a licitante, com o CNPJ.

ANEXO V

**DECLARAÇÃO DE ENQUADRAMENTO COMO MICROEMPRESA - ME
OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP**

EDITAL Nº 063/2022 - PREGÃO PRESENCIAL

Ao
Serviço Social da Indústria - SESI
Departamento Regional do Maranhão

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu representante legal Senhor _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, declara sob as penas da Lei, e para os fins do disposto no art. 3º da Lei Complementar nº 123/06, que:

- I. Se enquadra como () MICROEMPRESA – ME **ou** () EMPRESA PEQUENO PORTE – EPP;
- II. A receita bruta anual da empresa não ultrapassa o disposto nos incisos I e do II do art. 3º da Lei Complementar nº 123/06;
- III. Não tem nenhum dos impedimentos do §4º do art. 3º da mesma Lei, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade/Estado, _____ de _____ de 2022.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo
(Representante Legal)

Observação: Emitir em papel timbrado que identifique a licitante, com o CNPJ.

ANEXO VI

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE EMPREGADOS MENORES E
DE CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL**

Ao
Serviço Social da Indústria - SESI
Departamento Regional do Maranhão

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu representante legal Senhor _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, declara, sob as penas da Lei, e para os fins de licitação, **EDITAL Nº 063/2022**

PREGÃO PRESENCIAL:

- I. Que não há em seu quadro, empregado com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos;
- II. Que recebeu todos os documentos inerentes a presente competição e tomou conhecimento integral de teor do Edital de licitação e seus anexos, sujeitando-se às disposições nele contidas.

Cidade/Estado, ____ de _____ de 2022.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo
(Representante Legal)

Observação: Emitir em papel timbrado que identifique a licitante, com o CNPJ.

ANEXO VII

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AOS REQUISITOS HABILITATÓRIOS

EDITAL Nº 063/2022 - PREGÃO PRESENCIAL

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AOS REQUISITOS HABILITATÓRIOS

O abaixo assinado, Senhor _____, RG nº _____, representante legal da Empresa _____, devidamente inscrita no CNPJ nº _____, sede (endereço completo), em conformidade com Lei, declara que a empresa está apta a cumprir plenamente os **REQUISITOS HABILITATÓRIOS** exigidos no Edital que regem o certame acima indicado.

Cidade/Estado, _____ de _____ de 2022.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo
(Representante Legal)

Observação: Emitir em papel timbrado que identifique a licitante, com o CNPJ.

ANEXO VIII

MINUTA DO CONTRATO

Cont. /2022

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS,
QUE ENTRE SI CELEBRAM O SERVIÇO SOCIAL
DA INDÚSTRIA - SESI E A EMPRESA
NOS TERMOS DO EDITAL
Nº. 063/2022 - PREGÃO PRESENCIAL.**

Ao(s) _____ dia(s) do mês de _____ do ano de dois mil e vinte e dois, nas dependências do Serviço Social da Indústria, situado nesta Capital, na Avenida Jerônimo de Albuquerque, s/nº, Edifício Casa da Indústria Albano Franco, 2º andar, entidade de direito privado, inscrito no CNPJ sob o n.º. 03.770.020/0001-30, neste ato representado pelo seu Superintendente Regional, o Sr. _____ doravante denominado, simplesmente, **CONTRATANTE** e a EMPRESA _____, sociedade _____, regida pelas disposições contidas no _____ inscrita no CNPJ sob nº. _____, estabelecida _____, neste ato representada pelo seu _____, Sr. _____, brasileiro, portador da Carteira de Identidade nº. _____, CPF nº. _____, com poderes para representar a Empresa e assinar contratos, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o constante no Processo nº. _____, resolvem celebrar o presente **CONTRATO**, que será regido pelo **Regulamento de Licitações e Contratos do SESI**, aplicando-se subsidiariamente, no que couberem, as normas gerais vigentes, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Contrato tem por objeto a contratação de empresa especializada em **Serviços de Assistência à Saúde ou Seguro Privado de Assistência à Saúde (Seguradoras, Operadoras ou Administradora de Benefícios com registro na ANS)** para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, laboratorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapia e internações, exames de alta complexidade, serviços auxiliares de diagnóstico em geral, atendimento de emergência e urgência, abrangendo todo o Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e suas posteriores atualizações, destinado aos empregados do SISTEMA FIEMA e seus dependentes em âmbito regional e/ou nacional, nas quantidades e características exigidas, conforme Termo de Referência e anexos deste Edital.

Parágrafo Primeiro - A contratação do objeto estipulado neste Contrato, no Edital nº. 063/2022 - Pregão Presencial, e seus anexos, e na Proposta de Preços da CONTRATADA que fazem parte integrante e complementar deste instrumento independentemente de transcrição.

Parágrafo Segundo - O serviço ora contratado foi objeto de licitação na modalidade Pregão Presencial, na forma do Regulamento de Licitações e Contratos do SESI/DR-MA e, subsidiariamente, das normas gerais vigentes.

Parágrafo Terceiro - O responsável pelo acompanhamento e fiscalização deste Contrato será designado através de Portaria específica para este fim.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PREÇO

O preço máximo dessa licitação é de **R\$** ().

Parágrafo Primeiro - No valor unitário fixado no "caput" desta cláusula, estão incluídos todos os ônus e custos de materiais, encargos trabalhistas e sociais com mão-de-obra e equipamentos necessários à perfeita execução/entrega do objeto, não cabendo ao CONTRATANTE qualquer responsabilidade pelo recolhimento dos mesmos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA

Os serviços, objeto desta licitação, serão iniciados após a assinatura do contrato e recebimento do Pedido de Compra/Autorização de Serviço. O prazo de execução do contrato será de **12 (doze) meses**, podendo ser prorrogado até o limite máximo estabelecido no Regulamento de Licitações e Contratos do SESI.

O prazo de vigência do contrato será de **15 (quinze) meses**.

Parágrafo Primeiro - A administração do SESI/DR-MA convocará oficialmente a Contratada, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, para aceitar ou retirar o Autorização de Fornecimento/Serviço, sob pena de decair o direito a execução, sem prejuízo das sanções legais previstas.

Os serviços, objeto desta licitação, deverão ser prestados sob a supervisão da **Coordenadoria de Gestão de Pessoas do SESI/DR-MA**.

CLÁUSULA QUARTA - DA SUBCONTRATAÇÃO

É vedada a subcontratação de outra empresa para a execução do objeto deste torneio.

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

O Sistema FIEMA pagará à Contratada, pelos serviços contratados e prestados, para categoria de ATIVOS, valor *per capita*, e para a categoria de INATIVOS, o valor por faixa etária, ofertado no certame correspondente a cada beneficiário incluído no plano de saúde, correspondendo atualmente, conforme informações registradas no cadastro de pessoal desta Instituição, **287 vidas** já inseridas no plano atual ou conforme o número de adesão ao plano de saúde de acordo com o perfil de beneficiários apresentados pelo SISTEMA FIEMA de **1.712 vidas estimadas**. Tais vidas serão distribuídas conforme a natureza e tipo do plano, ou seja, abrangência nacional ou regional, com acomodação apartamento ou enfermaria.

O pagamento será realizado mediante apresentação de Nota Fiscal em até **30 (trinta) dias corridos**, após ateste pelo setor competente.

É obrigatória a apresentação, junto com a Nota Fiscal/Fatura, dos comprovantes da Receita Federal, FGTS e Certidão Estadual/Municipal, ficando condicionado o pagamento à sua regularidade.

A atestação da Nota Fiscal ou Fatura referente aos produtos/serviços caberá ao SESI/DR-MA.

O SESI/DR-MA poderá deduzir da importância a pagar, os valores correspondentes a multas ou indenizações devidas pela **licitante vencedora**, nos termos deste ato convocatório.

Nenhum pagamento será efetuado à **licitante vencedora** enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira, tributária, fiscal ou trabalhista, sem que isso gere direito a alteração de preços ou compensações.

Caso o faturamento apresente alguma incorreção, o documento será devolvido à licitante e o prazo de pagamento será prorrogado pelo mesmo tempo em que durar a correção, sem quaisquer ônus adicionais para a Contratante.

Parágrafo Primeiro - O pagamento das faturas ou notas fiscais do mês subsequente ao vencimento, só será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA: do comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS; do comprovante de regularidade às Contribuições Previdenciárias, expedida pelo INSS.

Parágrafo Segundo - A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

Parágrafo Terceiro - A CONTRATADA autoriza a CONTRATANTE, a efetuar, o pagamento remanescente em juízo, para garantir o FGTS, débitos trabalhistas e previdenciários diante do descumprimento das obrigações da empresa contratada para com seus empregados.

Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a licitante não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, será calculada mediante aplicação da seguinte fórmula:

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

Onde:

EM = encargos moratórios;

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

VP = valor da parcela a ser paga; e

I = índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

$$I = (TX)/365; I = 0,06/365; I = 0,00016438.$$

TX = percentual da taxa anual igual a 6%.

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE

O valor mensal poderá ser revisto em periodicidade não inferior a doze meses, contados da data da assinatura do contrato para a categoria de ATIVOS e/ou mudança de faixa etária para a categoria de INATIVOS.

A iniciativa revisional cabe à contratada, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos através de planilhas e documentos comprobatórios, de acordo com o índice do VCMH (Variação de Custos Médicos Hospitalares) em função da sinistralidade, na hipótese de ultrapassar o percentual máximo previamente definido de 70% (setenta por cento).

Qualquer reajuste de preços deverá estar amparado pelas normas da Agência Nacional da Saúde - ANS.

Os efeitos financeiros da revisão serão devidos a partir da data do pedido protocolado, formalizado na FIEMA.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA REDE DE ATENDIMENTO

A operadora deverá dispor de rede credenciada com cobertura em todo o território nacional para o Lote 1 e regional para o Lote 2, inclusive nos municípios que o Sistema FIEMA exerce sua atividade, exceto os municípios que não disponha de Hospital, Clínicas e Laboratórios privados com capacidade técnica exigidas pelos órgãos competentes e Operadoras para Credenciamento.

A CONTRATADA deverá obrigatoriamente ceder a CONTRATANTE a rede credenciada da operadora indicada em sua proposta de preços, por meio digital ou impresso, bem como manter atualizado o portal para consulta da rede credenciada, conforme preconiza a ANS.

A operadora poderá modificar ou cancelar credenciamento de médicos ou entidades prestadoras de serviço, inclusive por sugestão da CONTRATANTE, preservando, entretanto, o padrão de qualidade e o nível de atendimento.

Em caso de descredenciamento, deverá ser encaminhado comunicado ao gestor do contrato, que repassará aos beneficiários, indicando um prestador substituto para continuidade do atendimento.

CLÁUSULA OITAVA - DA TABELA QUANTITATIVA DE EMPREGADOS CONTEMPLADOS ATUALMENTE NO PLANO DE SAÚDE

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SESI		
FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	12
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	0
De 29 a 33 anos	8	0
De 34 a 38 anos	11	1
De 39 a 43 anos	19	1
De 44 a 48 anos	16	3
De 49 a 53 anos	18	4
De 54 a 58 anos	21	4
Acima de 58 anos	14	12
TOTAL	110	39
TOTAL	149	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - SENAI

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	10
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	3	1
De 29 a 33 anos	2	0
De 34 a 38 anos	5	3
De 39 a 43 anos	6	2
De 44 a 48 anos	9	3
De 49 a 53 anos	22	6
De 54 a 58 anos	10	9
Acima de 58 anos	16	8
TOTAL	74	44
TOTAL	118	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - IEL

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	3
De 19 a 23 anos	0	0
De 24 a 28 anos	0	0
De 29 a 33 anos	0	0
De 34 a 38 anos	1	0
De 39 a 43 anos	1	1
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	0	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	0
TOTAL	3	4
TOTAL	7	

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS - FIEMA

FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE
De 0 a 18 anos	0	2
De 19 a 23 anos	0	2
De 24 a 28 anos	0	0

De 29 a 33 anos	0	1
De 34 a 38 anos	3	0
De 39 a 43 anos	1	0
De 44 a 48 anos	0	0
De 49 a 53 anos	2	0
De 54 a 58 anos	0	0
Acima de 58 anos	1	1
TOTAL	7	6
TOTAL	13	

CLÁUSULA NONA - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas.

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- Diária de internação hospitalar;
- Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;
- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano;

- Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do colaborador, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

- Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;
- Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

Dar assistência na modalidade de *home care*, desde que o beneficiário tenha esse serviço aprovado pelo médico assistente e pela operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- a) Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo cobertura para internação;

Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

- * Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- * Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- * Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- * Inseminação artificial;
- * Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- * Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPA's), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais;
- * Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- * Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- * Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgicos indicados;
- * Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- * Aplicação de vacinas preventivas;
- * Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- * Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior e
- * Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Exclusões genéricas a todos os planos:

- a)** Procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- b)** Cirurgia plástica em geral, exceto as restauradoras a seguir:
 - 1) Correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato, e/ou
 - 2) Correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, estando a cobertura sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica.
- c)** Tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelo Conselho de Saúde Complementar;
- d)** Despesas extraordinárias, enfermagem particular, ainda que em hospital, e assistência médica domiciliar, exceto em caso da modalidade de assistência em *home care*;
- e)** Aparelhos estéticos, órteses e próteses, e/ou aparelhos utilizados para a substituição de função ou reabilitação, não ligados ao ato cirúrgico;
- f)** Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g)** Aluguel de equipamentos e aparelhos cirúrgicos para assistência médica domiciliar;
- h)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelo CFM;
- i)** Materiais e medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar;
- j)** Despesas com medicação de manutenção pós-transplante, exceto de rins e córneas;
- k)** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- l)** Cobertura de procedimentos odontológicos, salva cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- m)** Exames médicos e complementares de saúde ocupacional (admissional, periódico e demissional).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO REEMBOLSO

Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em **território Nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados**, quando não houver rede própria ou credenciada para assistência à saúde do beneficiário/dependente.

O reembolso será de acordo com o rol de procedimentos e normativas de reembolso da ANS, conforme tabela de nível de reembolso do plano contratado sempre que:

- O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- Consultas e exames, quando não houver rede credenciada.
- Se houver paralisação e ou interrupção do atendimento pela rede de serviços em determinadas especialidades.

O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta dias) contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- Recibos de pagamento dos honorários médicos originais;
- Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital e laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

Quando o valor efetivamente pago pelo titular for menor ou maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor integral pago pelo titular, após apresentação dos documentos exigidos no item anterior.

O reembolso dos usuários do plano de saúde será fiscalizado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas da CONTRATANTE, a quem deve a CONTRATADA comprovar no prazo de até **30 (trinta) dias** o pagamento ao titular.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA REMOÇÃO

Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano nacional e Regional / Estadual / Grupo de Estados.

Nos casos de urgência e de emergência em que o paciente não tiver direito à internação devido a carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação observando-se as seguintes situações:

1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;
2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

A ambulância terrestre deverá possuir os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO

A rescisão poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

- a) Administrativamente, a qualquer tempo, por ato unilateral e escrito da CONTRATANTE, nos casos enumerados no Regulamento de Licitações e Contratos do SESI e, subsidiariamente, naqueles listados nas normas gerais vigentes;
- b) Judicialmente, nos termos da legislação;
- c) O não cumprimento por uma das partes, de quaisquer das condições previstas no presente instrumento, no edital e seus anexos, dará a outra o direito de rescindi-lo, ficando a parte faltosa responsável pelas obrigações que advirem relativas à aquisição do equipamento.

Parágrafo Primeiro - Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

Parágrafo Segundo - As responsabilidades imputadas à CONTRATADA, por prejuízos decorrentes de ações delitivas perpetradas contra a CONTRATANTE, não cessam com a rescisão do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Parágrafo Primeiro - A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar à licitante as seguintes penalidades:

- a) Perda do direito à contratação;
- b) Perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- c) Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI ou SENAI por prazo não superior a 02 (dois) anos.

Parágrafo Segundo - O descumprimento contratual, por atraso na entrega do material/ execução do serviço, sem justificativa por escrito ou não aceita pela Contratante, incidirá em multa, nos percentuais abaixo discriminados:

- a) Até 10% (dez por cento) sobre o valor total do Contrato, em caso de descumprimento total da obrigação, ou outras situações aplicáveis;

- b) 0,3% (zero vírgula três por cento) por dia, sobre o valor do pedido/serviço ou da etapa em atraso. Após o 30º (trigésimo) dia, o contratante poderá rescindir o contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas;
- c) Quando da ocorrência de cumprimento inadequado ou imperfeito, após detecção e comprovação técnica, garantida a ampla defesa e o contraditório, reputa-se em mora, e serão incidentes as hipóteses da letra "b".

Parágrafo Terceiro - A multa de mora, quando for aplicada, poderá ser descontada de pagamento eventualmente devido à contratada, incluindo nestes a caução e demais garantias.

Parágrafo Quarto - A inexecução total ou parcial do objeto licitado sujeitará a licitante, garantida a prévia defesa, às seguintes penalidades: Advertência, Multa, Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI/DR-MA, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

Parágrafo Quinto - A multa poderá ser aplicada isoladamente ou cumulativamente com as demais sanções: Advertência, Rescisão contratual e Suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI/DR-MA, por prazo até 02 (dois) anos.

Parágrafo Sexto - A multa eventualmente imposta à CONTRATADA será automaticamente descontada da fatura a que fizer jus. Caso a contratada não tenha nenhum valor a receber será-lhe concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa. Após esse prazo, não sendo efetuado o pagamento, seus dados serão informados ao SPC (Serviço de Proteção ao Crédito), podendo ainda proceder a cobrança judicial da multa.

Parágrafo Sétimo - Fica facultada a defesa prévia da licitante, em qualquer caso de aplicação de penalidade, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA APLICAÇÃO DE ADVERTÊNCIA

A advertência poderá ser aplicada quando ocorrer:

- a) Descumprimento das obrigações contratuais, especialmente aquelas relativas às características dos bens, qualidade, quantidade, prazo ou recusa de fornecimento ou entrega, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior e aqueles que não acarretem prejuízos para o SESI/DR-MA;
- b) Execução insatisfatória ou pequenos transtornos ao desenvolvimento do contrato desde que sua gravidade não recomende a aplicação da suspensão temporária.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS MULTAS

A multa poderá ser aplicada isoladamente ou cumulativamente com as demais sanções: Advertência, rescisão contratual e suspensão do direito de licitar ou contratar com o SESI/SENAI-MA, por prazo até 02 (dois) anos.

Parágrafo Primeiro - A multa eventualmente imposta à CONTRATADA será automaticamente descontada da fatura a que fizer jus. Caso a contratada não tenha nenhum valor a receber será-lhe concedido o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados de sua intimação, para efetuar o pagamento da multa.

Parágrafo Segundo - A CONTRATADA desde logo autoriza a CONTRATANTE a descontar dos valores por ele devidos o montante das multas a ela aplicadas.

Parágrafo Terceiro - Fica facultada a defesa prévia da licitante, em qualquer caso de aplicação de penalidade, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA SUSPENSÃO

A suspensão temporária será aplicada quando ocorrer:

- a) Apresentação de documentos falsos ou falsificados;
- b) Reincidência de execução insatisfatória do contrato, acarretando prejuízos ao SESI/DR-MA;
- c) Atraso, injustificado, na execução e/ou conclusão do fornecimento, contrariando o disposto no contrato;
- d) Reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;
- e) Irregularidades que acarretem prejuízo ao CONTRATANTE, ensejando rescisão contratual;
- f) Ações com intuito de tumultuar a execução do contrato;
- g) Prática de atos ilícitos, demonstrando não possuir idoneidade para licitar e contratar com o SESI/DR-MA; e
- h) Condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA CONDUTA ÉTICA

As Partes declaram e garantem uma à outra que: (a) conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis brasileiras, notadamente nas leis anticorrupção, da lavagem de dinheiro, da improbidade administrativa, da defesa da concorrência, das licitações, e demais legislações correlatas, bem como no Código de Ética do Sistema FIEMA, garantindo que:

- a) Não as violarão;
- b) Não praticarão qualquer conduta contrária à essas legislações;
- c) Não realizarão qualquer ato que venha a favorecer indevida e injustificadamente, de forma direta ou indireta, uma à outra e/ou quaisquer terceiros.

Não oferecerão, prometerão ou darão qualquer importância em dinheiro, artigo de valor ou qualquer vantagem economicamente determinável ou não, a nenhum representante e/ou empregado da entidade contratante, em troca de qualquer vantagem indevida, economicamente determinável ou não.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- a) Fornecer à contratada em até 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato, a relação dos beneficiários e seus dependentes legais de cada plano, sendo que os dependentes serão cadastrados no mesmo plano do titular;
- b) Findo o prazo de que trata a alínea "a", somente serão admitidas novas adesões, sem carência, em casos de admissão funcional e reintegração legal, nascimento, casamento ou adoção, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento;
- c) Para fins de registro dos dependentes, o CONTRATANTE efetuará rigoroso cadastramento, respondendo civil, penal e administrativamente os responsáveis pelo fornecimento e inclusão de dados considerados falsos;

- d) Informar à Contratada, até o dia **25** de cada mês, **por meio eletrônico ou ofício** qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários;
- e) Efetuar o pagamento da prestação mensal, no prazo de **até 30 dias após a apresentação da Nota Fiscal dos serviços prestados, a qual deverá ser atestada, através da Coordenadoria de Gestão de Pessoas-COGEP**;
- f) **Notificar a Contratada, por escrito ou meio eletrônico**, os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao atendimento médico, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;
- g) Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar prestada pela contratada, devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada;
- h) Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da Contratada;
- i) Exercer a fiscalização, coordenação e orientação dos serviços contratados **através da Coordenadoria de Gestão de Pessoas-COGEP**;
- j) Comunicar oficialmente à Contratada, quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Além daquelas já previstas no Termo de Referência, são obrigações da Contratada:

- a) Fornecer ao CONTRATANTE, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada usuário, com prazo e validade igual ao da duração do contrato;
- b) Solicitar ao beneficiário, diretamente ou através do CONTRATANTE, informações ou documentos necessários à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação dar-se-á em até 30 (trinta) dias através de depósito em conta corrente do beneficiário, a partir da apresentação da solicitação do ressarcimento, nota fiscal das despesas hospitalares e recibos de honorários médicos;
- c) Definir normas administrativas concernentes à expedição e/ou emissão da documentação necessária à internação hospitalar;
- d) Disponibilizar de forma online a cada beneficiário titular o manual de orientação de todos os procedimentos inerentes à realização de consultas, exames de diagnóstico, tratamentos, internações eletivas e de emergência, reembolso e relação de credenciados constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares de acordo com o domicílio do beneficiário;
- e) Atualizar a relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados, sempre que houver alteração;

- f) Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares, bem como cancelar tais credenciamentos, sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado à CONTRATANTE colaborar com a CONTRATADA no processo de seleção dos hospitais, médicos e serviços auxiliares;
- g) Em caso de substituição dos hospitais, médicos e serviços auxiliares por outros equivalentes, a CONTRATADA deverá comunicar o fato à CONTRATANTE com 30 (trinta) dias;
- h) Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, clínica, laboratório ou centro radiológico, **credenciar** outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, submetendo o credenciamento a prévia aprovação da CONTRATANTE;
- i) Encaminhar mensalmente à CONTRATANTE listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, constando os seguintes itens: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes, data de nascimento e o plano em que estão inscritos;
- j) Assegurar aos beneficiários da CONTRATANTE, sempre que houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou Clínicas próprios ou credenciados da CONTRATADA, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;
- k) Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela CONTRATANTE;
- l) Comunicar ao fiscal do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato;
- m) Incluir e excluir como beneficiários do Plano de Saúde os funcionários, e dependentes bem como promover a alteração da modalidade de Plano, conforme disciplinado em contrato, bem como no Edital e em seus Anexos;
- n) Enviar para o Sistema FIEMA as carteiras de todos os beneficiários e seus dependentes, no prazo de **10 (dez)** dias após a data do envio pela FIEMA da relação dos Beneficiários e seus dependentes;
- o) Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- p) Negociar, conforme sugestão do Contratante, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de saúde, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS e suas alterações;
- q) A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato, assumindo a responsabilidade pelos encargos fiscais resultantes da contratação;
- r) A CONTRATADA deverá disponibilizar atendimento administrativo aos beneficiários do plano de saúde na cidade de São Luís e por Call Center 24h através de 0800;
- s) A CONTRATADA deverá disponibilizar uma assessoria de suporte ao RH na Gestão do Contrato;

- t) A CONTRATADA deverá oferecer na sua rede credenciada, especialmente em São Luís e Imperatriz, **no mínimo**:

No LOTE 1 - Cobertura de Atendimento com Abrangência Nacional:

1. 01(um) hospital de Grande Porte e 01 (um) hospital de Médio Porte em São Luís (MA) e 01 (um) hospital de Médio Porte em Imperatriz (MA);
2. 02 (dois) Laboratórios de Análises Clínicas, com disponibilidade mínima de 10 (dez) pontos de coleta em São Luís (MA) e 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas em Imperatriz (MA);
3. Disponibilidade de centro cirúrgico, UTI, centro de hemodinâmica, medicina nuclear, atendimento vascular, neurológico, oncologia, atendimento de urgência e emergência para atender procedimentos de alta complexidade em todas as especialidades.
4. Entende-se como hospital de grande porte aquele que disponha de no mínimo 151 leitos Médio Porte de no mínimo de 51 leitos;
5. 02 (duas) maternidades em São Luís (MA);
6. Disponibilidade de UTI NEONATAL, centro cirúrgico, atendimento de urgência e emergência para atendimento a parturiente relacionado ao parto e suas complicações, bem como atendimento ao recém-nascido.

No LOTE 2 - Cobertura de Atendimento com Abrangência Regional / Estadual / Grupo de Estados:

1. 01(um) Hospital, seja de Grande, Médio ou Pequeno Porte, na cidade de São Luís e Imperatriz;
2. 02(dois) Laboratórios de análises Clínicas com no mínimo de 10 pontos de coletas em São Luís e 1 Laboratório de análises Clínicas em Imperatriz -MA;
3. Disponibilidade de centro cirúrgico, UTI, centro de hemodinâmica, medicina nuclear, atendimento vascular, neurológico, oncologia, atendimento de urgência e emergência para atender procedimentos de alta complexidade em todas as especialidades.
4. Entende-se como hospital de médio porte aquele que disponha de no mínimo 51 leitos e pequeno porte que disponha de no mínimo 20 leitos;
5. 1 (uma) maternidade;
6. Disponibilidade de UTI NEONATAL, centro cirúrgico, atendimento de urgência e emergência para atendimento a parturiente relacionado ao parto e suas complicações, bem como atendimento ao recém-nascido.

- u) A CONTRATADA deverá oferecer atendimento com **abrangência em todo o território Nacional e/ou Regional / Estadual / Grupo de Estados, conforme especificações dos lotes 1 e 2.**

DOS SERVIÇOS A SEREM OFERECIDOS PELA CONTRATADA:

Os serviços contratados deverão abranger, no mínimo, as seguintes modalidades de atendimento:

- Consultas médicas, tratamentos clínicos e cirúrgicos em todas as especialidades admitidas ou que venham a ser admitidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM e/ou Associação Médica Brasileira, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em especial:

01- Alergologia;

02- Anatomia patológica;

- 03- Anestesiologia;
- 04- Angiologia;
- 05 – Cancerologia;
- 06 – Cardiologia, eletrocardiografia e *holter*;
- 07- Cirurgia de mão, cabeça, pescoço e buco-maxilo-facial;
- 08 - Cirurgia cardiovascular (inclusive implante de marca-passo) e *stent*;
- 09 - Cirurgia gastroenterológica;
- 10 - Cirurgia geral, cirurgia laparoscópica e vídeo laparoscópica;
- 11 - Cirurgia oftalmológica inclusive corretiva (miopia, catarata, facectomia, hipermetropia), com introdução de lente ocular nacionalizada, dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações;
- 12 - Cirurgia oncológica;
- 13 - Cirurgia ortopédica e traumatológica;
- 14 - Cirurgia pediátrica;
- 15 - Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética;
- 16 – Cirurgia torácica;
- 17 – Cirurgia urológica;
- 18 – Cirurgia vascular periférica;
- 19 – Citologia;
- 20 - Clínica médica;
- 21 – Dermatologia;
- 22 - Doenças infecciosa e parasitárias de qualquer natureza, inclusive assistência à S.I.D.A;
- 23 - Endocrinologia e metabolismo;
- 24 – Fisiatria e Foniatria;
- 25 – Gastroenterologia;
- 26 – Ginecologia;
- 27 – Hematologia;
- 28 – Hepatologia;
- 29 – Homeopatia;
- 30 – Mastologia;
- 31 - Medicina nuclear;
- 32 - Microcirurgia reconstrutiva;
- 33 – Nefrologia;
- 34 – Neurocirurgias;
- 35 - Neurologia (inclusive a pediátrica);
- 36 – Cirurgia refrativa para grau igual ou maior que sete uni ou bilateral;
- 37 – Ortopedia;
- 38 – Otorrinolaringologia;
- 39 - Patologia clínica;
- 40 – Pediatria;
- 41 – Pneumologia;
- 42 – Proctologia;
- 43 – Reumatologia;
- 44 – Tisiologia;
- 45 – Traumatologia;
- 46 – Urologia;
- 47 – Venereologia;
- 48 – Psiquiatria, consultas e tratamentos psicoterápicos ou psiquiátricos em situações de crise (dentro das previsões da Lei n.º 9.656/98 e suas alterações);
- 49 – Fonoaudiologia.

- A CONTRATADA também deverá assegurar aos beneficiários, os seguintes exames complementares:

01 – Análises clínicas;
02 – Anatomopatológicos, exceto necropsia;
03 – Angiografia;
04 – Arteriografia;
05 – Ciclo ergometria;
06 – Cineangiocoronariografia;
07 – Colonoscopia;
08 – Densitometria óssea;
09 – Ecocardiografia;
10 – Ecografia;
11 – Eletrocardiografia;
12 – Eletroencefalografia;
13 – Eletromiografia;
14 – Endoscopia;
15 – Fluoresceinografia;
16 – Fonocardiografia;
17 – Laparoscopia;
18 – Medicina Nuclear – radioisótopos e cintilografia;
19 – Provas de função pulmonar;
20 – Radiológico;
21 – Ressonância magnética;
22 – Tomografia computadorizada;
23 – Ultrassonografia.

- A CONTRATADA deverá assegurar, ainda, os seguintes serviços auxiliares:

01 – Fisioterapia;
02 – Quimioterapia;
03 – Hemodiálise;
04 – Serviços médicos auxiliares ainda não previstos, que possam surgir com o desenvolvimento da medicina, mediante acordo entre as partes.

Procedimentos de internação bem como os exames complementares e serviços auxiliares que necessitam de autorização prévia da CONTRATADA:

a) Procedimentos médicos/serviços auxiliares:

01 – Acupuntura;
02 – Cirurgias;
03 – Diálise (peritoneal);
04 – Fisioterapia;
05 – Hemodiálise;
06 – Hemoterapia;
07 – Implantes;
08 – Internações;
09 – Litotripsia;
10 – Quimioterapia;
11 – Radioterapia;
12 – Remoções inter - hospitalares com exceção para consulta e exames;

13 - Transplantes de rins e córnea.

b) Exames Complementares:

- 01 – Angiografia;
- 02 – Angiografia Digital;
- 03 – Arteriografia;
- 04 – Audiometria;
- 05 – Cardiotocografia;
- 06 – Densitometria Óssea;
- 07 – Ecocardiografia;
- 08 – Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- 09 – Eletrococleografia;
- 10 – Endoscopias Diagnósticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 11 – Endoscopias Terapêuticas (Digestivas, Ginecológicas, Respiratórias e Urológicas);
- 12 – Fluoresceinografia;
- 13 – Laparoscopia Diagnóstica e Terapêutica;
- 14 – Medicina Nuclear;
- 15 – Neurofisiologia Clínica;
- 16 – Neurorradiologia e Radiologia intervencionista;
- 17 – Ressonância Nuclear Magnética;
- 18 – Tomografia Computadorizada;
- 19 – Vídeo-Laparoscopia.

Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia, mas deverão ser comunicados à CONTRATADA em até 72 (setenta e duas) horas após o início do atendimento.

Nas internações estarão cobertas as despesas com fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, oxigênio, nutrição parenteral e enteral, transfusões e demais materiais utilizados, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar, tudo até a alta hospitalar.

Estarão inclusos também, toda e qualquer taxa, incluindo despesas com sala de cirurgia, eventos obstétricos, unidade de tratamento intensivo, aparelhagem, honorários médicos e todo pessoal necessário, serviços gerais de enfermagem e alimentação (inclusos os gastos com alimentação dos acompanhantes dos menores de 18 (dezoito anos) e igual ou maiores de 60 (sessenta anos)).

O fornecimento de alimentação dietética, quando indicado, até a alta do paciente, não implicará em ônus adicionais ao beneficiário.

Atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados de grande porte, garantidas nesse caráter, consultas em todas as especialidades.

Assistência pré-natal, obstétrica e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato.

Cobertura em todo território nacional e regional sendo que nas cidades onde o atendimento não esteja coberto ou executado diretamente pela contratada, serão aceitos os planos e condições particulares da localidade, sendo o beneficiário reembolsado dentro da modalidade de seu plano, integralmente, das despesas médicas hospitalares e ambulatoriais no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da apresentação dos documentos pelo beneficiário.

Remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional e regional sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional, bem como, a cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou acima de 60 (sessenta) anos.

Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva sem limite de utilização de diárias.

Transtornos psiquiátricos:

Deverá oferecer cobertura ao tratamento de transtornos psiquiátricos, nos termos seguintes:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) Além da cobertura especificada acima, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;
- c) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o item anterior deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano;
- d) O custeio integral de pelo menos 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Serviços terapêuticos e de diagnósticos e exames complementares abrangendo todos aqueles admitidos pelo Conselho Federal de Medicina - constantes da tabela da Associação Médica Brasileira e, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou que venham a ser nela incluídos, em especial:

- 01- Análises clínicas;
- 02- Anatomia patológica;
- 03- Angiografia;
- 04- Angioplastia;
- 05- Arteriografia;
- 06- Audiometria;
- 07- Cateterismo cardíaco;
- 08- Ciclo ergometria;
- 09- Cineangiocoronariografia;
- 10- Cirurgias laparoscópicas e videolaparoscopias;
- 11- Cobalto terapia;
- 12- Colpo citologia;
- 13- Densitometria óssea;
- 14- Doppler;
- 15- Ecocardiograma;
- 16- Eletroencefalograma;
- 17- Eletromiografia;
- 18- Endoscopia peroral;
- 19- Embolizações e Radiologia intervencionista;
- 20- Fisioterapia;
- 21- Fonocardiografia;
- 22- Fluoresceinografia;
- 23- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- 24- Hemodinâmica-procedimento diagnóstico e terapêutico;
- 25- Hemoterapia;
- 26- Holter;
- 27- Inalação terapia;
- 28- Laparoscopia;

- 29- Litotripsia extracorpórea;
- 30- Medicina nuclear;
- 31- Material de osteossíntese tal como: placas, parafusos e pinos;
- 32- Neurorradiologia;
- 33- Nutrição parenteral ou enteral;
- 34- Provas de função pulmonar;
- 35 - Próteses intra-operatórias;
- 36- Quimioterapia;
- 37- Radiologia (inclusive a intervencionista);
- 38- Radioterapia;
- 39- Ressonância nuclear magnética;
- 40- Tococardiografia;
- 41- Tomografia computadorizada;
- 42- Ultrassonografia;
- 43- Xerocardiografia.

A CONTRATADA deverá disponibilizar toda a sua rede credenciada nas cidades abrangidas, **devidamente atualizada**, para atendimento aos beneficiários inscritos no Plano de saúde.

Fornecer as autorizações, ou justificar os indeferimentos nos prazos previstos pela ANS e de acordo com a RN 395 de 14/01/2016, em relação aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames laboratoriais e complementares, serviços auxiliares, terapias ou qualquer outro tratamento médico que necessite de autorização prévia. Os prazos de autorização de internações variam de acordo com a complexidade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS

PODERÃO SE INSCREVER NO PLANO DE SAÚDE:

Na qualidade de titular:

- a) todos os colaboradores do Sistema FIEMA.
- b) demitidos: em consonância com o art. 30 da Lei 9.656/98
- c) aposentados: em consonância com o art. 31 da Lei 9.656/98

Na qualidade de dependente:

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável do titular;
- b) os filhos e enteados do titular, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez, mediante comprovação do INSS.
- c) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- d) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial do titular, observado o disposto nas alíneas "b" e "d".

Caberá ao Sistema FIEMA, **por meio da Coordenadoria de Gestão de Pessoas**, administrar e encaminhar as solicitações dos respectivos colaboradores ativos, habilitados para a efetivação de inclusão e exclusão junto à operadora contratada.

A comunicação de inclusão ou exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde ou de sua exclusão do referido plano deverá ser feita até **dia 25 de cada mês** de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

A exclusão do colaborador implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

Caberá ao Sistema FIEMA a apresentação através de documentos (**cópia do contrato de trabalho e/ou CTPS**), que comprovem o vínculo do colaborador ativo e a relação de parentesco/afinidade de seus dependentes, comprovando **através de certidão de nascimento, CPF, RG, quando solicitados pela CONTRATADA**.

Identificação dos beneficiários:

A identificação dos beneficiários titulares e dependentes será realizada mediante carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela CONTRATADA gratuitamente, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência à saúde.

Em caso de extravio da carteira de identificação, roubo, furto, incêndio, devidamente comprovados por ocorrência policial, o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pela CONTRATADA.

Exclusão do beneficiário:

Os titulares serão excluídos do plano de saúde nos seguintes casos, quando solicitado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas:

- por falecimento;
- por demissão;
- quando solicitado pelo titular e ou pela **Coordenadoria de Gestão de Pessoas** da FIEMA.

Os dependentes serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:

- falecimento;
- quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.

É de única e exclusiva responsabilidade do titular quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no plano e após a sua exclusão, devendo efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA DIVULGAÇÃO DO CONTRATO

A CONTRATADA não poderá utilizar o nome da CONTRATANTE, ou sua qualidade de CONTRATADA em quaisquer atividades de divulgação empresarial, como, por exemplo, em cartões de visitas, anúncios diversos, impressos etc., sob pena de imediata rescisão do presente contrato, independentemente de aviso ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da responsabilidade da CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DAS OPERAÇÕES FINANCEIRAS

É vedado à CONTRATADA caucionar ou utilizar o presente Contrato para qualquer operação financeira.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DA CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As PARTES se obrigam mutuamente a respeitar o direito de propriedade e de confidencialidade das informações acessadas, bem como o de não transferir a terceiros, no todo ou em parte,

salvo os casos em que houver prévia autorização por escrito, além do dever de observância aos ditames da Lei nº. 13.709/2018 (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DO FORO

Fica eleito o foro da circunscrição judiciária de São Luís para dirimir as dúvidas oriundas do presente contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Para firmeza, e como prova de haver entre si, justos e contratados, é lavrado o presente CONTRATO em 02 (duas) vias de igual teor e valia, assinadas pelas partes e 02 (duas) testemunhas.

São Luís, _____ de _____ de _____.

Superintendente Regional do SESI/DR-MA.

Representante da Contratada

TESTEMUNHAS:

CPF:
RG:

CPF:
RG: