

Estudo Técnico Preliminar 1/2024

1. Informações Básicas

Número do processo: 12024

2. Descrição da necessidade

O Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTRRJ) uma entidade de classe criada pela Lei nº 7.394, de 29 de julho de 1985, subordinada ao Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia. Logo Como a natureza jurídica do CRTRRJ é de uma Autarquia Federal, não sendo permitida a livre contratação, é primordial a realização de licitação para que os empregados possam ser beneficiados com uma prestação de serviços de assistência à saúde de forma adequada e segura, propiciando qualidade no atendimento dos mesmos.

O CRTRRJ possui em seu quadro funcional 33 empregados ativos e 18 dependentes para os quais oferece benefícios com o objetivo de contribuir para a formação de um ambiente de trabalho saudável e adequado ao crescimento profissional, incentivando os colaboradores a realizarem suas tarefas com qualidade e satisfação. Para o estudo em questão, trata-se da concessão de Assistência Médica Hospitalar para todos os empregados, seus dependentes legais. **A inclusão de dependentes será facultativa e custeada integralmente pelos empregados, logo o número de dependentes acima é uma estimativa de usuários, com base no cadastro funcional.**

A contratação pretendida justifica-se em o benefício proporcionar segurança e tranquilidade aos empregados do Conselho Regional de Contabilidade, no campo da saúde, tendo em vista que o acesso à assistência médica, hospitalar e ambulatorial ofertada por órgãos públicos, ainda que garantida constitucionalmente, não satisfazem as necessidades existentes daqueles que o necessitam na presente conjuntura nacional.

Justifica ainda a contratação, o fato de a assistência à saúde prestada pelos planos ou seguros privados, embora apresente suas deficiências, é considerada no Brasil como o melhor atendimento médico-hospitalar e ambulatorial prestados às pessoas assistidas.

Nesse contexto, a intenção precípua do CRTRRJ é oferecer uma assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional, seja na vida privada, e evitar ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional.

Em razão do objeto a ser contratado e dado a sua essencialidade, justifica-se a contratação do serviço de forma ininterrupta, garantindo a continuidade dos serviços, assegurando o funcionamento das atividades finalísticas do órgão e a necessidade de garantir o acesso à rede de saúde aos empregados. Assim, a contratação em tela poderá estender-se por mais de um exercício financeiro, de modo que sua interrupção poderá comprometer o cumprimento da missão institucional.

O plano de assistência médica deverá proporcionar aos empregados do CRTRRJ melhores condições para o cuidado com a saúde, tanto sob a perspectiva de cuidados preventivos quanto de tratamentos que porventura sejam necessários, como em casos de acometimento de moléstia ou acidente, de acordo com os casos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e no futuro Termo de Referência.

A abrangência da cobertura deverá ser no mínimo estadual, devido ao fato de os fiscais realizarem as diligências *in loco* em todos os municípios do estado do Rio de Janeiro, havendo, portanto, a necessidade de garantia de atendimento médico hospitalar *in continenti* para este empregado, caso necessite. A cobertura Nacional serve aos casos de urgência e emergência.

O plano de assistência médica para o desenvolvimento nacional sustentável, deverá possuir ou implementar critérios de sustentabilidades, voltados para redução do consumo de energia, reduzir impactos negativos sobre o meio ambiente, descarte de insumos, reciclagem, maior geração de empregos, preferencialmente com mão de obra local.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Departamento de pessoal	Marilda Moreira Costa

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

A empresa contratada deverá prestar os serviços de Assistência Médica Hospitalar, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência nacional, padrão quarto coletivo /enfermaria, na modalidade de contratação coletivo empresarial.

A prestação dos serviços, de caráter continuado, de Plano de Assistência Médica de natureza coletiva empresarial, sem carência, nas segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, com cobertura em todo estado do Rio de Janeiro e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, incluída a cobertura assistencial, para os empregados do CRTRRJ e seus dependentes, sendo facultativa a adesão ao plano por parte dos dependente, durante o período de 12 (doze) meses, conforme especificações.

A contratação deverá ser realizada em conformidade com as legislações e normas pertinentes em vigor, em consonância com as justificativas formuladas no Documento e Oficialização da Demanda (DOD), nas quantidades e demais condições de execução a serem estabelecidas neste estudo e no Termo de Referência.

Segmento: Plano médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia.

Tipo de Acomodação: quarto coletivo/enfermaria.

Abrangência geográfica: Regional e Nacional para casos de urgência e emergência.

Modalidade: Sem Coparticipação.

Formato: compulsório para os funcionário e opcional para dependentes, os quais acarão com todos os custos.

Público beneficiário: Empregados do CRTRRJ e seus dependentes.

O plano de assistência à saúde poderá ser realizado por rede própria, cooperada ou credenciada, devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 465, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dispor, quando mais vantajosa ao beneficiário, as coberturas assistenciais mínimas discriminadas nos atos Normativos Regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Serão cobertos pela Contratada exames e/ou procedimentos solicitados por profissional devidamente qualificado, ainda que este não integre a rede própria ou credenciada da operadora ou da seguradora nos termos da legislação vigente.

A Contratada deverá disponibilizar, quando necessário, todo o tratamento ambulatorial e de internação hospitalar, conforme legislação vigente e normativos da ANS, para transtornos psiquiátricos crônicos, de crise e dependência química.

A Contratada deverá fornecer, mensalmente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os serviços realizados, para fins de gerenciamento interno do CRTRRJ.

Os serviços contratados serão prestados de forma contínua aos beneficiários mediante apresentação de cartão personalizado, com data de validade, independentemente de comprovação de pagamento ou de prévia autorização, bem como do local onde se encontre o beneficiário, principalmente em casos de urgência e/ou emergência.

Caso o beneficiário não esteja de posse de seu cartão de identificação o prestador de serviços deverá efetuar a verificação do cadastro junto da Operadora do Plano de Saúde ou Seguradora de Assistência à Saúde.

Os serviços deverão abranger todas as ações necessárias à prevenção da doença e /ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, decorrentes ou não de acidente de trabalho, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico e tratamento de rotina e especializado.

É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de assinatura do contrato decorrente deste instrumento.

Durante a vigência contratual poderá haver variação da quantidade de beneficiários cadastrados, bem como das faixas etárias.

Os beneficiários terão direito à livre escolha dos médicos, hospitais, pronto socorro, laboratórios e outros serviços complementares de diagnóstico e terapia pelos quais serão atendidos, constantes na lista credenciada da Operadora de Plano de Saúde ou Seguradora de Assistência à Saúde. Por esse sistema, os beneficiários utilizam os serviços da Lista de Prestadores Referenciados/Credenciados, dentro dos padrões contratuais.

Para informações médicas, hospitalares e administrativas aos beneficiários, bem como para autorizações de procedimentos, quando exigido, a Contratada deverá dispor de plantão de atendimento telefônico gratuito 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Disponibilizar Guia Médico Eletrônico, de fácil acesso, tanto da rede local quanto da rede nacional credenciada, conforme a modalidade de plano a que pertença o beneficiário, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, centros médicos, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, devendo o referido guia ser atualizado constantemente.

DA REDE DE ATENDIMENTO – PRÓPRIA, CREDENCIADA, COOPERADA OU REFERENCIADA

A contratada deve dispor e manter uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, no mínimo regional, em todo o estado do Rio de Janeiro, composta por médicos, laboratórios, clínicas, maternidades e hospitais que atendam, de forma suficiente, os beneficiários do plano de assistência médica. Devendo atender as exigências da Lei nº 9.656/98 e da Resolução Normativa – RN nº 465, bem como das resoluções que venham a atualizar esta, e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, garantindo, as quantidades mínimas listadas por zonas, tendo em vista serem áreas onde os funcionários residem, hospitais de referência e aceitos pelos principais planos de saúde como Bradesco Saúde, Amil e Unimed:

ZONA NORTE (pelo menos 02 dos hospitais listados abaixo)

Hospital TijuTrauma

Hospital Israelita Albert Sabin

Hospital Pasteur

Hospital dr. Badim

Quinta D'or

BAIXADA (pelo menos 02 dos hospitais listados abaixo)

Hospital de Clínicas Mário Lioni.

Hospital Daniel Lipp

Hospital Geral Prontonil

Casa de Saúde ns. Sra. Fatima de Nova Iguaçu

EMCOR Hos.Do Coracao E De Cl.De N.Iguacu

ZONA SUL (pelo menos 02 dos hospitais listados abaixo)

Hospital São Lucas Copacabana

Perinatal Laranjeiras

Hospital Rio Laranjeiras

Centro Pediátrico da Lagoa

ZONA OESTE (pelo menos 02 dos hospitais listados abaixo)

Casa de Saude Nossa Senhora do Carmo

Hospital de Clínicas São Matheus

Vitória Barra

Hospital Oeste D'or

Hospital de Clinicas Rio Mar

ZONA CENTRAL (pelo menos 01 dos hospitais listados abaixo)

Obra Portuguesa de Assistência

Hospital Espanhol

Ordem do Carmo

Caso haja necessidade de atendimento em local onde não exista rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da contratada ou nos casos de urgência ou emergência (inclusive fora do estado do Rio de Janeiro), quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 13 da Resolução Normativa ANS nº 428, de 07/11/2017, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17/06/2011 e na legislação vigente os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso integral na contratada, mediante a apresentação de recibo de pagamento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da data da protocolização do pedido na contratada.

Para os casos de atendimento fora do estado do Rio de Janeiro, nas situações de urgência e emergência, aplica-se o disposto no item anterior.

A licitante interessada em participar deste certame deve se comprometer com a formação de ampla rede de atendimento, no estado do Rio de Janeiro, (própria, credenciada, referenciada ou cooperada), sem prejuízo da utilização do sistema de reembolso integral, até que seja formada rede capaz de atender às necessidades dos empregados do CRTRRJ e de seus dependentes que optarem por aderir ao plano, em conformidade com a legislação vigente e as normas expedidas pela ANS.

Deverá ser assegurado aos beneficiários do plano, 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.

APRESENTAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO

Os endereços e contatos telefônicos da rede de atendimento própria, credenciada e referenciada deverão ser disponibilizados em sítio eletrônico ou através de outro meio eficaz de divulgação aos beneficiários.

A contratada deve, ainda, disponibilizar número de telefone para discagem direta gratuita para contato dos beneficiários.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

A prestação de serviços de saúde deve englobar o atendimento médico- hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, sem excluir doenças preexistentes, nos termos da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e atualizações devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS garantindo o descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em conformidade com a rede própria, credenciada, contratada, referenciada ou cooperada, incluindo:

Efetuar a prestação de serviços aos beneficiários de assistência médica, paramédica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, com atendimento de urgência e emergência de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas e hospitais, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte e quatro horas), em todos os dias da semana, conforme Rol de cobertura da ANS.

Os serviços poderão ser executados pelos estabelecimentos e profissionais parceiros, conveniados, referenciados, credenciados e/ou próprios da empresa Contratada, sem limite de consultas e exames de métodos complementares, de internamentos em apartamentos ou em Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Semi-Intensiva

A Contratada deverá apresentar, no ato de assinatura do instrumento contratual, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia com indicação do prazo máximo para emitir as referidas autorizações.

Os serviços deverão abranger todas as ações necessárias à prevenção da doença e /ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, decorrentes ou não de acidente de trabalho, com cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico e tratamento de rotina e especializado.

Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

Além das especialidades médicas e cirúrgicas relacionadas no Rol da ANS, deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde – ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).

A Contratada não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, (não podendo ser somente em clínicas e hospitais próprios da licitante, devendo a operadora ou seguradora possuir convênios com outras clínicas da Capital e Interior do estado do Rio de Janeiro), 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 e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, do maior de 60(sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e dos portadores de necessidades especiais quando houver indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura do Plano/Seguro Saúde, exceto no caso de UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.

Cirurgia plástica reparadora;

Procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto;

Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou seu dependente, 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 transplante de córnea e rim, bem como o de transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

As despesas assistenciais com doadores vivos;

Os medicamentos utilizados durante a internação;

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

As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados, referenciados, cooperados ou credenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a operadora ou seguradora deverá lhe garantir acesso em acomodação superior até que haja disponibilidade do leito conforme acomodação contratada, momento em que será providenciada a transferência às expensas da Contratada.

A escolha de prestação de serviços será de livre arbítrio do beneficiário, dentre a relação de profissionais, de hospitais, de centros médicos, de clínicas, básicas e especializadas, de laboratórios, dentre a rede própria, contratada, cooperada, referenciada e/ou credenciada ofertada pela contratada, não podendo o atendimento ser somente em hospitais da própria operadora.

Será ainda garantida aos beneficiários a cobertura trazida pelo art. 12, III, a, b, VII, da Lei Federal nº 9.656/1998, em conformidade com as demais normas regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes, desde que o Contratante faça a inclusão do beneficiário em até 30 (trinta) dias de sua vinculação ao contratante ou do evento que o elege para ser beneficiário dependente.

Não estão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde Suplementar os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes.

A critério da contratada, poderá haver a necessidade de autorização prévia para marcação de exames.

Aplicam-se, ainda, aos casos de coberturas assistenciais, plano ambulatorial, plano hospitalar e plano hospitalar com obstetrícia as disposições da Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS.

Além das especialidades médicas e cirúrgicas relacionadas no Rol da ANS, deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde – ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).

A contratada deverá fornecer, mensalmente, arquivos informatizados e extratos demonstrativos, de acordo com o formato a ser definido pelas partes, referente à utilização de assistência médica por titulares e dependentes, de forma analítica, sintética e geral, discriminando todos os serviços realizados, para fins de gerenciamento interno do CRTRRJ.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Referente às exclusões de cobertura de assistência médica, seguem as devidas observações:

As exclusões de cobertura deverão apresentar-se em conformidade com o previsto na Lei Federal nº 9.656/1998, e nas Resoluções Normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias dispostas na citada legislação.

São excluídos da cobertura do Plano de Assistência Médica os eventos e despesas decorrentes de:

Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

Atendimentos prestados antes do início do período de vigência;

Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses com a mesma finalidade.

Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

Inseminação artificial;

Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

Tratamentos com centros de SPAS, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

Transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como próteses, órteses e seus acessórios que sejam importados;

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

Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Poderão ser excluídas da cobertura os itens que abrangem as exceções elencadas no art. 10 da Lei nº 9.656/1998 e os itens constantes §1º do artigo 20 da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, ou aqueles que vierem a substituí-los.

DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A abrangência geográfica dos serviços de assistência à saúde será, no mínimo, para o estado do Rio de Janeiro, comprometendo-se a empresa contratada a disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, conforme definições abaixo:

As definições de urgência e emergência estão contidas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Quando houver carência em vigor e necessidade de atendimento de urgência e emergência o beneficiário terá garantida a cobertura igualmente a fixada para atendimento ambulatorial, sem cobertura de internação, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

O atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

DO REEMBOLSO

Em caso de necessidade de atendimento em localidade onde não exista rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, após esgotadas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 259/2011 e na legislação vigente, solicitando, posteriormente, o reembolso integral à contratada, mediante a apresentação de recibo de pagamento e de documentação que comprove a prestação de atendimento.

Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários o reembolso de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

despesa efetuada nas localidades em que a Contratada não dispuser de rede médico- hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados.

em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da Contratada.

nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da Contratada, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

O reembolso deverá ser realizado pela contratada diretamente na conta do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contado a partir da protocolização do pedido com todos os documentos exigidos pela contratada, necessários à comprovação do atendimento e dos gastos, nos termos da Resolução Normativa ANS nº 259 de 24/11/2011.

A contratada não poderá criar embaraço à efetivação do reembolso, requisitando documentação que extrapole a necessidade de comprovação do atendimento e dos gastos dela decorrente.

O prazo para o beneficiário requerer o reembolso é de até 12 meses, contados a partir da data em que ocorreu o evento médico, ou, no caso de internação, contados a partir da data da alta hospitalar.

CARÊNCIA

Não haverá limitações de idade e quaisquer carências para os beneficiários, incluindo os dependentes, inscritos, quando dos primeiros 30 (trinta) dias de vigência do contrato.

Não haverá carência para os novos empregados, recém-nascidos, filhos naturais, adotivos e dependentes resultante de casamentos, ocorridos na vigência do contrato que aderirem ao plano de saúde no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do evento, observando-se, em todo caso, o disposto na Resolução Normativa ANS nº 195, de 14/07/2009.

DA COPARTICIPAÇÃO

Os serviços serão prestados SEM COPARTICIPAÇÃO, na modalidade de contratação coletivo empresarial.

Nos casos em que o colaborador mobilizado permanecer por tempo inferior a 30 (trinta) dias no Plano de Assistência à Saúde do CRTRRJ será efetuado o pagamento proporcional ao período de inclusão.

QUADRO DE USUÁRIOS DO CRTRRJ

O grupo de usuários do plano será constituído, inicialmente, por aproximadamente 51 (cinquenta e uma) vidas, distribuído conforme faixas etárias relacionadas na tabela de grupo de usuários, sendo de caráter estimativo.

Durante a vigência do contrato poderão haver alterações, considerando a mudança de faixa etária dos empregados e seus dependentes, a adesão ou não do referido plano de saúde.

O plano de saúde será extensivo aos dependentes dos empregados, assim aqueles admitidos como tal pela legislação do Imposto de Renda.

Para informações médicas, hospitalares e administrativas aos beneficiários, bem como para autorizações de procedimentos, quando exigido, a Contratada deverá dispor de plantão de atendimento telefônico gratuito 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive sábados, domingos e feriados.

Disponibilizar Guia Médico Eletrônico, de fácil acesso, tanto da rede local quanto da rede nacional credenciada, conforme a modalidade de plano a que pertença o beneficiário, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas,

casas de saúde, centros médicos, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, devendo o referido guia ser atualizado constantemente.

Até a entrega efetiva dos cartões/carteiras de beneficiários, a Contratada deverá disponibilizar o número do benefício cadastrado e/ou aplicativo de modo que o beneficiário possa utilizar o plano apenas com a apresentação de documento de identificação.

DOS CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO

A contratada deverá emitir os cartões de identificação para todos os beneficiários, em até 5 (cinco) dias úteis, contados da inscrição dos usuários no plano.

A Contratada deverá entregar os cartões e/ou carteiras de beneficiário no Departamento Pessoal, do CRTRRJ, situada na Avenida Presidente Vargas, 534, 17º Andar, CEP: 20.071-000. Devem ser embalados individualmente e com identificação nominal, acompanhado dos cartões dos seus dependentes

Até a entrega efetiva dos cartões/carteiras de beneficiários, a Contratada deverá disponibilizar o número do benefício cadastrado e/ou aplicativo de modo que o beneficiário possa utilizar o plano apenas com a apresentação de documento de identificação.

DA ADOÇÃO DE ÍNDICES DE QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA

A prestação de serviços de plano de assistência médica é essencial para a preservação da saúde dos empregados do CRTRRJ e de seus dependentes, há de se ter, portanto, prudência para que a contratação da empresa, observado em todo caso os princípios licitatórios, seja capaz de honrar as obrigações assumidas pelo prazo mínimo de 12 (meses) e, na melhor das hipóteses, verificada a vantajosidade para a Administração, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

Posto isso, para apuração da boa saúde financeira da empresa, será utilizado como critério de qualificação econômico-financeira os índices, formulas e resultados previstos na Instrução Normativa nº 3/2018 do MPOG, art. 22:

- Liquidez Geral (LG) = $(\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante})$;
- Solvência Geral (SG) = $(\text{Ativo Total}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo não Circulante})$; e
- Liquidez Corrente (LC) = $(\text{Ativo Circulante}) / (\text{Passivo Circulante})$

Os índices dos resultados apurados não poderão ser inferiores a 1 (um).

Atualmente os referidos índices são amplamente utilizados pela Administração Pública em seus editais de licitação, trata-se de medida preventiva através da qual se busca evitar contratações que acarretem risco e prejuízos ao erário.

A matéria também já passou pela análise do Tribunal de Contas da União que não se opôs à sistemática adotada, pelo contrário, inclusive, expediu, através do

Acórdão nº 1214/2013 – Plenário, orientação à Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento para que incorporasse, dentre outros temas, os referidos índices de qualificação econômico-financeira no texto da IN/MP 2 /2008, que atualmente está revogada, porém a matéria está disciplinada na Instrução Normativa nº 3/2018 do MPOG, conforme já mencionado supra. Indicou, ainda, a necessidade de se justificar os motivos da exigência dos índices, e isto é o que se demonstra neste estudo.

Por fim, deve ser considerado, ainda, que a proposta mais vantajosa não corresponde tão somente ao menor preço, sendo outros requisitos tão ou mais relevantes quanto este, como a execução regular das obrigações e cumprimento do prazo de vigência da avença, pois de nada aproveitaria a contratação com preço reduzido, em que a contratada não dispusesse de capacidade para cumprir as condições e as obrigações pactuadas. Na verdade, contratações interrompidas por responsabilidade da contratada causam deveras prejuízos à Administração, como transtorno causado pela cessação do serviço essencial e pelos gastos de materiais, de mão de obra e de publicações oficiais decorrentes de um novo processo licitatório.

DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA DA NATUREZA CONTINUADA DO SERVIÇO

A contratação do serviço, objeto deste documento, tem amparo legal na Lei n.º 14.133 de 1º de abril de 2021 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

Quanto à natureza, o objeto se configura precipuamente como um serviço comum e de natureza continuada, devido às características de essencialidade e habitualidade que a CONTRATANTE tem de mantê-los.

E sua interrupção pode comprometer a assistência à saúde dos funcionários e, consequentemente, a continuidade das atividades da administração. A contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro, visto que sua manutenção é imprescindível, uma vez que está voltado ao cuidado com a saúde do funcionário.

Benefícios diretos e indiretos:

Aumentar a satisfação dos funcionários;

Prevenir problemas e doenças e reduzir o absenteísmo;

Proporcionar mais acesso aos tratamentos médicos;

Melhorar a percepção da saúde global dos funcionários;

Reter talentos

Além da Medicina Preventiva.

Os serviços a serem contratados enquadram-se nos pressupostos do Decreto nº 9.507, de 2018, constituindo-se em atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares à área de competência legal do órgão licitante, não inerentes às categorias funcionais abrangidas por seu respectivo plano de cargos.

A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da Contratada e a Administração, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

DURAÇÃO DO CONTRATO

O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado.

5. Levantamento de Mercado

Há outras soluções de mercado que atendem as demandas para resolução do problema ou alcance do objetivo esperado, conforme descrito abaixo:

Contratação de plano privado de assistência à saúde coletiva empresarial: Trata-se de uma operadora que oferta planos de saúde.

Contratação de seguro privado de assistência à saúde coletiva empresarial: Trata-se de uma operadora de seguros que intermedia serviços de saúde.

Contratação de plano ou seguro privado de assistência à saúde coletiva empresarial: Trata-se de uma operadora que oferta planos ou seguros de saúde.

Porém, após diligências realizadas no mercado, identificou-se que a forma de contratação "Contratação de plano privado de assistência à saúde coletiva empresarial" abrangeria a participação de mais empresas do ramo no certame e atenderia as demandas requisitadas.

6. Descrição da solução como um todo

A solução que atende aos interesses e necessidades do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia do Rio de Janeiro (CRTRRJ), sediado no Rio de Janeiro – RJ é a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de Assistência Médica Hospitalar, por meio de operadora, seguradora ou administradora de planos de saúde, com rede própria e/ou credenciada, com abrangência regional e nacional para casos de urgência e emergência, padrão quarto coletivo, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem carência, com cobertura assistencial médico-hospitalar e ambulatorial com obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive cobertura para doenças e lesões pré-existentes, bem como internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas e as demais exigências estabelecidas pela ANS, sem coparticipação, para os empregados do CRCPA e seus dependentes, com previsão de inativos, pelo período de 12 meses conforme condições estipuladas neste Estudo Técnico Preliminar.

Os preços mensais por beneficiário deverão ser apresentados de acordo com a distribuição de beneficiários inscritos por faixa etária, onde se incluem todos os custos diretos e indiretos, tributos porventura incidentes, taxa de administração, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto.

Para efeito de julgamento das propostas e composição do valor global do contrato, a licitante deverá considerar os preços para o Plano Coletivo Empresarial, padrão corporativo, quarto coletivo, por faixa etária, e ainda, observar a Resolução Normativa no 63, de 22 de dezembro de 2003, da ANS que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço, por faixa etária, dos planos privados de assistência à saúde:

- a. 1. de até 06 (seis) vezes entre a primeira e última faixa etária;
- b. 1. a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

O valor mensal poderá ser revisto em periodicidade não inferior a doze meses, contados da data da assinatura do contrato, conforme o percentual autorizado pela ANS, de acordo com a previsão da RN nº 195 da ANS ou legislações posteriores que a substituam.

Prestar os serviços, cumprindo os prazos e atendendo integralmente a todas as condições e especificações estabelecidas neste estudo.

A contratada deverá observar e cumprir, ainda, as disposições da Lei nº 9.656/98, bem como todas as Resoluções Normativas da ANS e demais determinações e orientações dos órgãos competentes, que sejam pertinentes ao objeto pretendido.

Prestar os serviços por intermédio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, cuja abrangência deve compreender o estado de Belém e, em caso de urgência e emergência, todo o território nacional.

Arcar com todos os custos como, impostos, taxas, emolumentos, seguros e contribuições fiscais e parafiscais que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre todas as atividades decorrentes da execução do contrato, de forma que os preços constantes da cláusula de pagamentos representem a única e exclusiva contraprestação pelos serviços prestados.

Emitir os cartões de identificação dos beneficiários, sem ônus para o CRTRRJ.

Efetuar o bloqueio de imediato, em casos de perda, roubo, furto ou extravio do cartão, após solicitação do CRTRRJ ou do empregado beneficiário.

Invalidar os cartões dos funcionários que se desligarem do plano de assistência médica, ou quando do término, ou da rescisão do contrato, sem a obrigatoriedade de devolução dos cartões ou de seu ressarcimento.

Emitir, quando necessárias, as guias de autorizações de exames e internações, nos prazos estabelecidos na Resolução Normativa nº 259/2011.

Manter serviços telefônicos de apoio ao usuário durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante todos os dias da semana.

Garantir o atendimento necessário, nos casos de ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento de prestador integrante da rede assistencial, nos termos da Resolução Normativa nº 259/2011.

Garantir o transporte de seus beneficiários a prestadores de serviços habilitados para o atendimento demandado, assim como seu retorno ao município da demanda pelo atendimento, observado, em cada caso, o que determina a Resolução Normativa nº 259/2011.

Manter a relação de credenciados, substituindo os estabelecimentos que venham a se descredenciar por outro do mesmo porte e na mesma região, comunicando o fato ao CRTRRJ.

Fornecer manual do usuário, catálogo ou similar, impresso ou eletrônico, aos beneficiários do plano, bem como informações atualizadas sobre sua rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, nas respectivas áreas de atuação e abrangência geográfica, via folder/catálogo impressos, endereço em sítio eletrônico ou serviço de atendimento telefônico.

Reparar, corrigir, remover ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, no que couber, o objeto deste procedimento em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados, no prazo de 5 (cinco) dias, contado da notificação, sem ônus para o CRTRRJ.

Nomear preposto, aceito pelo CRTRRJ, para, durante o período de vigência do contrato, representá-la administrativamente, sempre que for necessário, o qual deverá ser indicado mediante declaração em que deverá constar o nome completo, n.º do CPF e do documento de identidade.

Prestar, por meio do preposto nomeado, todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo CRTRRJ, atendendo de imediato às solicitações de seus representantes.

Assumir inteira responsabilidade, civil, administrativa e penal por danos materiais ou pessoais causados ao CRTRRJ e/ou a terceiros provocados por ineficiência ou irregularidades dos produtos e serviços ofertados, bem como por atos cometidos por seus empregados, contratados ou prepostos envolvidos na execução do contrato, decorrentes de dolo ou culpa.

Guardar o mais absoluto sigilo em relação às informações ou documentos de qualquer natureza a que venham tomar conhecimento, respondendo, administrativa, civil e criminalmente por sua indevida divulgação e/ou incorreta ou descuidada utilização.

Comunicar ao CRTRRJ qualquer anormalidade, relacionada ao objeto, verificada durante a execução do contrato.

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos no ato convocatório, observando a prática da boa técnica e a legislação vigente.

Emitir as notas fiscais com as devidas deduções legais, em cuja a ocasião será verificada a regularidade da contratada junto ao FGTS, ao INSS e à Justiça do Trabalho, por meio das respectivas certidões, a serem emitidas através dos sítios eletrônicos correspondentes.

Manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no ato convocatório, inclusive em relação à regularidade junto ao FGTS, ao INSS e à Justiça do Trabalho.

Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, na forma da legislação vigente.

Submeter-se à fiscalização do CRTRRJ, na execução dos serviços, seguindo todas as orientações repassadas.

Atender aos requisitos da contratação.

Estar em consonância com Critérios e prática de sustentabilidade.

A solução encontrada no CATSERV 13340, está de acordo com o catálogo eletrônico de padronização de compras, serviços e obras, no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional, em atendimento ao disposto no inciso II do art. 19 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

O Objeto em questão está alinhado com os instrumentos de governança visando o objetivo estratégico no alcance dos indicadores de gestão utilizados para a construção de nosso Plano de Contratações Anual.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

Faixa etária	Qtd total de beneficiários (empregados)	Qtd de beneficiários (dependentes)
00 a 18 anos		10
19 a 23 anos		7
24 a 28 anos	1	
29 a 33 anos	6	

34 a 38 anos	9	
39 a 43 anos	8	
44 a 48 anos	2	1
49 a 53 anos	1	1
54 a 58 anos	4	1
59 ou mais	2	2
TOTAL	33	18

Tabela com número provável de usuários do plano de assistência médica.

A adesão dos beneficiários ao presente contrato é facultativa e opcional e o custo será arcado pelo funcionário titular, sendo assim o número de vidas descrito neste estudo meramente estimativo.

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 27.344,07

Inicialmente informamos acerca da pesquisa de mercado que foi realizada de acordo com a IN SEGES/ME nº 65 de 7 de julho de 2021, pesquisa no site www.paineldepregos.gov.br com contratações firmadas por entes públicos.

ÓRGÃO	MODALIDADE	OBJETO	V. GLOBAL (anual)
CONSELHO REG. DOS TECNICOS INDUSTRIAIS - SP	Pregão Eletrônico 14 /2023 (Painel de Preços)	Contratação de plano privado de assistência à saúde (nova redação ao art. 1º da Lei 9.656/98) para fornecer assistência à saúde aos funcionários do Conselho Regional dos Técnicos Industriais do Estado de São Paulo, dentro das normativas/coberturas fixadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) referente a plano de saúde coletivo empresarial	R\$ 901.284,32
		Contratação da prestação de serviços continuados de Plano/Seguro coletivo empresarial de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar e ambulatorial,	

CONSELHO REG. DE ENGENHARIA E AGRONOMIA - PB	Pregão Eletrônico 03 /2023 (Painel de Preços)	obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, em nível nacional, sem coparticipação para os servidores do CREA-PB, com extensão aos dependentes legais, conforme especificações técnicas detalhadas constantes neste Termo de Referência.	R\$ 1.303.407,24
CONSELH O REGIONAL DE CONTABILI DADE DO PARÁ	Dispensa Eletrônica 12 /2017 (5º Aditivo)	Contratação de Operadora de Plano de Assistência Médico-Hospitalar, em Acomodação Tipo Apartamento Compreendendo os Serviços Clínicos e Cirúrgicos, Ambulatoriais, Internação Clínica, Cirúrgica e Obstétrica, através de médicos, hospitais e outros Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Terapia.	R\$ 438.383,40

7.2 Referente a estimativa de valor de mercado juntamos pesquisa prévia juntos ao painel de preços e contratação atual, onde foi realizado a média dos valores unitários das contratações acima descritas, a fim de obter o valor estimado da contratação.

Item	Faixa Etária	Qtd. CRTRRJ	UNIMED JP/ CREA PB	AMIL/ COREN RJ	UNIMED NACIONAL/ CRT SP	V. UNIT. MÉDIO	VALOR MÉDIO MENSAL	VALOR MÉDIO ANUAL
1	00 a 18 anos	-	284,88	465,50	260,04	R\$ 336,81	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2	19 a 23 anos	-	400,07	585,69	344,01	R\$ 443,26	R\$ 0,00	R\$ 0,00
3	24 a 28 anos	1	400,07	730,04	424,18	R\$ 518,10	R\$ 518,10	R\$ 6.217,16
4	29 a 33 anos	6	400,07	806,16	470,47	R\$ 558,90	R\$ 3.353,40	R\$ 40.240,80

5	34 a 38 anos	9	656,86	861,11	516,84	R\$ 678,27	R\$ 6.104,43	R\$ 73.253,16
6	39 a 43 anos	8	656,86	960,45	553,80	R\$ 723,70	R\$ 5.789,63	R\$ 69.475,52
7	44 a 48 anos	2	656,86	1.163,38	654,73	R\$ 824,99	R\$ 1.649,98	R\$ 19.799,76
8	49 a 53 anos	1	1154,85	1.338,27	750,89	R\$ 1.081,34	R\$ 1.081,34	R\$ 12.976,04
9	54 a 58 anos	4	1.154,85	1.630,64	920,37	R\$ 1.235,29	R\$ 4.941,15	R\$ 59.293,76
10	59 ou mais	2	1.510,00	2.789,12	1.559,96	R\$ 1.953,03	R\$ 3.906,05	R\$ 46.872,64
	TOTAL						R\$ 27.344,07	R\$ 328.128,84

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

A solução a ser contratada refere-se aos serviços de assistência médica para os empregados do CRTR/RJ, sendo que, conforme as práticas usuais de mercado e as normas vigentes, não se evidencia amparo, necessidade ou vantagem em se realizar o parcelamento do serviço.

O não parcelamento do objeto se justifica em razão de os serviços guardarem compatibilidade entre si, admitindo o julgamento com base em um mesmo critério e permitindo a execução por uma mesma empresa, restando assegurado o caráter competitivo do certame licitatório.

Licitar o objeto em parcelas se revela técnica e economicamente inviáveis, haja vista que pode acarretar em prejuízo para o conjunto da solução ou perda de economia de escala.

Todos os serviços que compõem o objeto deverão ser adjudicados a uma única empresa, visto que o parcelamento da solução incorreria em perda de economia de escala.

O agrupamento importa também em maior facilidade na gestão dos contratos e acompanhamento dos serviços técnicos posteriormente contratados.

O parcelamento da solução não é recomendável, devendo optar-se pela via alternativa, por ser o ideal no caso em tela, do ponto de vista da eficiência técnica, haja vista que assim o gerenciamento do contrato permanecerá sempre a cargo de um único contratado, resultando num maior nível de controle da execução dos serviços por parte da administração, concentrando a responsabilidade da obra e a garantia dos resultados numa única pessoa jurídica.

Entretanto, no caso em tela, constata-se que o objeto, como um todo, é habitualmente prestado em sua universalidade pelas operadoras de planos de saúde, haja vista que a legislação prevê regras básicas que devem ser seguidas por todas prestadoras, entre as quais, o atendimento obrigatório do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Certamente que a divisão do objeto não traria vantajosidade alguma para a contratação, pelo contrário, promoveria desnaturação do serviço e uma prestação desarticulada e fora dos padrões normativos existentes.

Diante disso, opta-se pelo não parcelamento do objeto, considerando que todas as prestadoras regularmente registradas na ANS, que prestam serviços de plano de saúde, devem atender ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o qual contempla os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/98.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Observa-se que no âmbito do CRTR/RJ não há CONTRATOS afins e/ou interdependentes com objeto deste ETP.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

Vinculação ao orçamento 2024 aprovado pela Resolução CONTER n.º 30 de 29 de dezembro de 2023, bem como em conformidade ao Plano de Ação e Programação Orçamentária de 2024, onde consta a despesa estimada a ser contratada na conta 6.2.2.1.1.33.90.39.028, plano de saúde – médico e odontológico.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

A contratação de plano de assistência médica insere-se no bojo de benefícios concedidos pelo CRTRRJ aos seus empregados, cujos resultados pretendidos diretos são os de proporcionar condições para o cuidado preventivo da saúde e de tratamento em casos de acometimento de moléstia ou de acidentes, contribuindo, assim, indiretamente, para o desenvolvimento regular de suas atividades laborais, reduzindo, ainda, o número de afastamentos por motivos de enfermidade ou proporcionando a recuperação breve e satisfatória, nos casos em que demandarem tratamento.

Dessa forma, procura-se contribuir com uma melhor qualidade de vida do empregado do CRTRRJ, promovendo boas condições de vida e de saúde dos beneficiários, o que, certamente, traz reflexos diretos no desempenho de suas atividades, proporcionando resultados favoráveis à Entidade, considerando que seus empregados são agentes fundamentais no cumprimento da sua finalidade institucional e na busca da excelência no atendimento às atividades fins.

13. Providências a serem Adotadas

O Conselho promoverá através da gestão e fiscalização do contrato, executada por funcionário devidamente designado, o esforço necessário em busca do monitoramento do objeto e dos resultados pretendidos.

14. Possíveis Impactos Ambientais

Não existem impactos ambientais relevantes na contratação em si. Entretanto, a contratada deverá adotar medidas implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Plano de Logística Sustentável (PLS).

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

1. Os estudos preliminares evidenciaram que a contratação dos serviços de assistência saúde aos seus empregados e dependentes legais, mostra-se técnica e economicamente viável.
2. Existem empresas com expertise para a prestação de serviços objeto deste Estudo Preliminar.
3. Sendo assim, declara esta Equipe de Planejamento, que a contratação pretendida é viável e indispensável para a continuidade das atividades desenvolvidas neste CRTRRJ.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

CAIO PLINIO REZENDE DA SILVA

Equipe de apoio