



TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL
ANEXO I DO EDITAL - TERMO DE REFERÊNCIA

EDITAL DE LICITAÇÃO TSE Nº 13/2023

MODALIDADE: PREGÃO

FORMA: ELETRÔNICA

1. OBJETO

1.1 Prestação de serviço de assistência à saúde, para ministros, juízes auxiliares, servidores, seus dependentes e pensionistas civis, por meio de operadora de plano privado de assistência à saúde ou de operadora de seguro privado de assistência à saúde, na modalidade de contratação coletivo empresarial, nos termos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, em todo o território nacional, compreendendo 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, em enfermaria e apartamento individual com banheiro privativo, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, aos beneficiários regularmente inscritos no Tribunal Superior Eleitoral, pelo período de 30 (trinta) meses, podendo ser prorrogado nos termos da lei, consoante especificações, exigências e prazos constantes deste Termo de Referência.

2. JUSTIFICATIVA

2.1 Conforme art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a União deverá manter Plano de Seguridade Social para o servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas, o qual visa, dentre outras finalidades, à assistência à saúde.

A assistência à saúde prestada por intermédio de plano ou seguro de saúde é um serviço contínuo que deve ser disponibilizado sem interrupção.

Dessa forma, o presente Termo de Referência visa à contratação de plano ou seguro de assistência à saúde privado para fornecer assistência à saúde aos servidores, seus dependentes e pensionistas do Tribunal Superior Eleitoral.

Os dados que justificam a contratação constam devidamente detalhados no documento de Estudo Técnico Preliminar, SEI 2270102.

3. ESPECIFICAÇÃO E FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO

3.1 DOS BENEFICIÁRIOS:

3.1.1 - Serão beneficiários dos serviços para fins da presente contratação, sem limites de idade:

a) Titulares:

a.1) ministros;

a.2) juízes auxiliares;

a.3) servidores ativos e inativos do TSE, ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública, servidores requisitados, removidos e em exercício provisório no TSE; e

a.4) pensionistas civis.

b) Dependentes:

b.1) Dependentes legais:

I – cônjuge ou companheiro que mantenha união familiar estável; e

II – filho e/ou enteado cuja guarda e responsabilidade sejam do cônjuge ou companheiro do beneficiário titular, até vinte e um anos, e os inválidos de qualquer idade, enquanto durar a invalidez.

b.2) Dependentes econômicos, de acordo com a regulamentação do Tribunal:

I – ex-cônjuge ou ex-companheiro, enquanto perceber pensão alimentícia;

II – filhos e enteados, quando estudantes e com idade entre vinte e um e vinte e quatro anos;

III – menores tutelados ou sob guarda judicial;

IV – pai ou padrasto e ou mãe ou madrastra

V – pessoa inválida.

b.3) Os pensionistas civis não poderão inscrever beneficiários

na condição de dependentes.

3.1.2 - Identificação dos beneficiários:

a) Os beneficiários (titulares, dependentes econômicos e legais) receberão gratuitamente Carteira de Identificação personalizada, a ser fornecida pela CONTRATADA, que será usada quando da utilização dos serviços cobertos pela empresa;

b) Em caso de extravio da Carteira de Identificação, exceto por roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados, o custo da emissão de nova carteira, aprovado previamente pelo TSE, será assumido na sua integralidade pelo beneficiário junto à CONTRATADA;

c) Nos casos excetuados na alínea anterior, o beneficiário fica isento da responsabilidade de ressarcir os prejuízos que vierem a ser causados, ficando a cargo da contratada o custo de emissão da nova carteira, desde que o fato seja comunicado ao TSE, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar do evento.

3.1.3 - O quantitativo estimado de beneficiários e suas respectivas faixas etárias constam no Anexo I-I deste Termo de Referência.

3.2 - DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS:

3.2.1- A CONTRATADA realizará atendimento tanto no Distrito Federal quanto nas demais localidades do território nacional sendo, no mínimo, em todas as capitais dos Estados, em consultórios, hospitais, clínicas, laboratórios disponibilizados em rede própria, indicada, credenciada, referenciada, conveniada (ou outro instrumento afim), sem limites de utilização, inclusive UTI e internações em geral, ficando a CONTRATADA obrigada a cobrir todas as despesas com a realização da assistência proposta.

3.2.2 A abrangência mínima dos serviços contratados contempla os segmentos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, diagnóstico e terapia, inclusive para o internado, sem limite de qualquer espécie e sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, em situações eletivas e/ou emergenciais (no que couber), pré-anestésicas e pré-cirúrgicas, conforme previsto no inciso I, do artigo 1º da Lei 9.656/1998, das normas do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, bem como a cobertura para todas as doenças do CID-10 (Código Internacional de Doenças).

3.2.3 Ficam incluídos na cobertura de, pelo menos, um dos planos oferecidos os seguintes procedimentos adicionais:

- Cirurgia refrativa para miopia (a partir de 5 graus) e hipermetropia até 6 graus;
- Hidroterapia: limitada a 20 (vinte) sessões por ano;

- Reeducação Postural Global (RPG): limitada a 10 (dez) sessões por ano;

- Escleroterapia de varizes limitada a 12 (doze) sessões por ano;

3.2.4 A assistência médica deverá ser prestada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.2.5 – O atendimento emergencial deverá ser prestado todos os dias da semana, 24 horas/dia, incluindo a assistência de Pediatria, Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Cardiologia e Oftalmologia para todas as patologias agudas e/ou crônicas agudizadas.

3.2.6 – As internações eletivas e emergenciais devem incluir:

- Partos;

- Coberturas de despesas de acompanhante (alimentação, roupa de cama e banho) no caso de pacientes menores de 18 ou maiores de 60 anos, exceto gastos pessoais de acompanhantes e tudo o mais que não se refira especificamente à causa da internação;

- Diárias hospitalares e de UTI sem limite, bem como todas as taxas de salas, hospitalares ou em clínicas (parto, neonatal, cirúrgica, gesso), incluindo aparelhos, materiais e medicamentos usados;

- Diárias de maternidade e berçário, sem limite;

- Os exames complementares constantes neste Termo de Referência realizados durante a internação;

- Todo material/medicamento necessário durante a internação (incluindo anestésicos, transfusão de sangue e de seus derivados);

- Materiais e aparelhos ortopédicos, órteses e próteses diversas; lente intra-ocular, implante de marcapasso provisório e definitivo, todos nacionais ou, quando não houver nacional equivalente, importados;

- Gesso;

- Serviços de alimentação e dietéticos;

- Serviços gerais, sob regime de internação, de enfermagem, fisioterapia e psicoterapia.

3.2.7 – A CONTRATADA deverá fornecer traslado e remoção de pacientes, por via terrestre, observadas as seguintes condições:

3.2.7.1 - Remoção do paciente internado para outro estabelecimento hospitalar, no território nacional, quando comprovadamente necessária, mediante relatório do médico assistente;

3.2.7.2 - Deslocamento do paciente para a sua residência após a alta, nos casos em que a locomoção obrigue transporte por ambulância, desde que solicitada pelo médico assistente, por meio de relatório.

3.2.8 - Nos transplantes listados na Resolução da ANS vigente, serão cobertas todas as despesas necessárias à sua

realização, incluindo:

- a)** as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- b)** os medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; e
- d)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

3.2.9 - Os casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise e de intoxicação ou abstinências provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, bem como o tratamento em regime de hospital-dia deverão ser cobertos pela CONTRATADA nos termos da legislação vigente.

3.2.10 - Nas urgências e emergências de qualquer origem, garantia de atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, 24 horas/dia, respeitados os limites de cobertura da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos casos de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais.

3.3 - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA CONTRATUAL:

Não estão cobertas pelo contrato as doenças, procedimentos, situações e despesas abaixo relacionadas:

3.3.1 - Cirurgias plástica embelezadora, cirurgias estéticas, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas, saunas e outros de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais, clínicas de repouso, spa, tratamentos experimentais e aplicação de medicamento não reconhecido pelos órgãos governamentais, bem como os não aprovados pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina - S.N.F.M.

3.3.2 - Tratamento e/ou cirurgias para fertilização.

3.3.3- Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins exclusivamente estéticos ou importados quando houver nacional equivalente.

3.3.4 - Internações e tratamentos como sonoterapia e serviços de enfermagem particular e/ou de cuidador.

3.3.5 - Despesas extraordinárias de internação que não aquelas que se refiram especificamente à causa da internação.

3.3.6 - Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo.

3.3.7 - Procedimentos médicos que envolvam aborto não autorizado pela legislação vigente.

3.3.8 – Procedimentos odontológicos, salvo cirurgia buco-maxilo-facial, realizada em ambiente hospitalar com

cobertura prevista e regulamentada pela Lei 9.656/1998, Resoluções do Conselho Federal de Medicina e Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.3.9 – Aviamento de óculos, lentes e aparelhos de surdez, classificados como órteses;

3.3.10 - Outros procedimentos médicos considerados não éticos pelo Conselho Federal de Medicina.

3.4 - DOS PADRÕES DOS PLANOS:

3.4.1 Os tipos de planos a serem oferecidos pela CONTRATADA deverão diferenciar-se, entre si, em função de internação hospitalar em enfermaria, de internação hospitalar em apartamento individual e de reembolso (sendo possível haver diferenciação na rede própria ou de recursos credenciados ou referenciados), tendo as seguintes características mínimas:

3.4.1.1 - Padrão I: cobrirá internação hospitalar em enfermaria e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes neste Termo, o previsto no item 3.5.1.1, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.

3.4.1.2 - Padrão II: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes neste Termo, o previsto no item 3.5.1.2, e outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada.

3.4.1.3 - Padrão III: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual e as despesas com serviços e especialidades médicas/profissionais de saúde constantes neste Termo, o previsto no item 3.5.1.2, outras asseguradas pela legislação vigente, a serem executadas pelos estabelecimentos prestadores de assistência à saúde na respectiva rede própria, credenciada ou referenciada e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissional não credenciado, somente para consulta em nível ambulatorial, nos termos da legislação vigente, conforme o estabelecido no item 3.6.

3.4.1.4 – Padrão IV: cobrirá internação hospitalar em apartamento individual, o disposto no item 3.5.1.3 e o reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de profissionais, hospitais, laboratórios ou clínicas, para realização de quaisquer dos serviços cobertos pelo contrato, mediante pagamento direto do beneficiário ao prestador do serviço e posterior reembolso por parte da CONTRATADA do valor gasto, observados os critérios constantes do item 3.6 e deverá oferecer, no mínimo, 2(dois) hospitais de referência (alto custo) em São Paulo e 2(dois) no Rio de Janeiro.

3.5 - DAS CONDIÇÕES GERAIS DE PARTICIPAÇÃO NA LICITAÇÃO

A licitante classificada em primeiro lugar deverá, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados da solicitação do Pregoeiro, apresentar as seguintes declarações, as quais serão analisadas pelo TSE no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis contados da entrega:

3.5.1 - Declaração de disponibilidade de hospitais e laboratórios, com o nome e o endereço das instituições, observando, para o Distrito Federal, no mínimo:

3.5.1.1 – No plano de Padrão I:

3.5.1.1.1 – 4 (quatro) hospitais gerais, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, sendo 3 (três) na região do Plano Piloto - Asa Norte, Asa Sul, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte e Noroeste e 1 (um) em Taguatinga ou Águas Claras, que possuam atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana, 24h/dia, em Clínica-Geral, Pediatria, Cardiologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Ortopedia e realizem cirurgias eletivas e emergenciais.

3.5.1.1.2 - Dos 4 (quatro) hospitais gerais acima especificados, 2 (dois) deverão possuir atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana, 24h/dia, em Ginecologia e Obstetrícia, sendo 1 (um) na região do Plano Piloto - Asa Norte, Asa Sul, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte e Noroeste, e 1 (um) em Taguatinga ou Águas Claras.

3.5.1.2 – Nos planos de Padrões II e III:

3.5.1.2.1 – 5 (cinco) hospitais gerais, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, sendo 4 (quatro) na região do Plano Piloto - Asa Norte, Asa Sul, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte e Noroeste, e 1 (um) em Taguatinga ou Águas Claras, que possuam atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana, 24h/dia, em Clínica-Geral, Pediatria, Cardiologia, Ginecologia, Cirurgia Geral e Ortopedia e realizem cirurgias eletivas e emergenciais.

3.5.1.2.2. – Dos 5 (cinco) hospitais gerais acima especificados, 2 (dois) deverão possuir atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana, 24h/dia, em Ginecologia e Obstetrícia, sendo 1 (um) na região do Plano Piloto - Asa Norte, Asa Sul, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro, Lago Sul, Lago Norte e Noroeste, e 1 (um) em Taguatinga ou Águas Claras.

3.5.1.3 - No Plano de Padrão IV:

3.5.1.3.1 – Rede credenciada, referenciada ou conveniada superior à prevista nos itens 3.5.1.2.1 e 3.5.1.2.2, que possua atendimento emergencial (pronto-socorro) todos os dias da semana, 24h/dia, em Clínica-Geral, Pediatria, Ginecologia e

Obstetrícia, Cirurgia Geral, Cardiologia e Ortopedia e realize cirurgias eletivas e emergenciais.

3.5.1.4 – Nos Planos de Padrão I, II, III e IV:

3.5.1.4.1 - 3 (três) laboratórios (não postos de atendimento) que realizem Análises Clínicas, Patologia Clínica e Patologia Clínica Ocupacional.

3.5.2 - Declaração de disponibilidade de hospitais, com o nome e o endereço das instituições, observando, no mínimo:

3.5.2.1 – No plano de Padrão IV:

3.5.2.1.1 – 2 (dois) dos hospitais de referência em São Paulo e 2 (dois) dos hospitais de referência no Rio de Janeiro dentre os relacionados a seguir, para cirurgias eletivas:

Em São Paulo:

- Hospital Oswaldo Cruz;
- Hospital São Luiz – Morumbi;
- Hospital São Luiz – Itaim;
- Hospital Sírio Libanês;
- Hospital 9 de Julho;
- Hospital Albert Einstein.

No Rio de Janeiro:

- Hospital Samaritano;
- Hospital Copa D’or;
- Hospital Barra D’or;
- Pró-Cardíaco;
- Hospital São Vicente da Gávea.

3.5.3 – Declaração com relação nominal de Hospitais Gerais, Clínicas e estabelecimentos credenciados a todos os planos oferecidos, com os respectivos endereços, sendo, no mínimo, um em cada unidade da federação, incluindo as capitais, que atuem como hospital geral, com atendimento 24 horas/dia; atendendo, no mínimo, nas especialidades de clínica médica,

ginecologia-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral.

3.5.4 – Declaração de que realiza todos os exames laboratoriais de acordo com o rol de procedimentos da ANS, contendo, no mínimo, um posto de laboratório de análises clínicas em cada unidade da federação, incluindo as capitais.

3.5.5 – Declaração de que possua, por meio de convênio, credenciamento ou na sua rede própria, pelo menos, 1 (uma) Clínica de Diagnóstico por Imagem e 1 (uma) Clínica de Saúde Mental, com internação, que atendam a todos os planos oferecidos, no Distrito Federal.

3.5.6 – No caso de não ocorrer a entrega dos documentos no prazo estipulado ou de ocorrer a entrega de documentos fora das condições exigidas, a proposta da licitante será desclassificada, sendo convocadas as remanescentes, até que uma atenda às exigências deste Termo de Referência.

3.6 - DO REEMBOLSO:

3.6.1 A CONTRATADA deverá oferecer, no plano de Padrão III, reembolso de consulta no sistema de livre escolha, e no plano de Padrão IV, reembolso no sistema de livre escolha, de consultas (superior ao ofertado no Plano de Padrão III), exames, procedimentos, honorários médicos, despesas hospitalares e demais serviços previstos neste Termo de Referência de acordo com o contido nas tabelas praticadas por ela observando-se:

3.6.2 - Respeitadas as determinações da ANS, caberá aos beneficiários de todos os planos reembolso integral, ou seja, 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:

a) 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;

b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da CONTRATADA;

c) 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 lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente, devendo, posteriormente, ser avaliada pela unidade de saúde do TSE.

3.6.3 - Quando ocorrer indisponibilidade do serviço na rede credenciada ou referenciada da CONTRATADA, ou suspensão de atendimento por parte da CONTRATADA em qualquer localidade, será assegurado o reembolso integral da despesa realizada pelo usuário, mediante apresentação dos

comprovantes originais.

3.7 - DOS PREÇOS:

3.7.1 - Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de plano de saúde e pelas seguintes faixas etárias, determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS:

Faixas etárias
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 ou mais

3.7.2 – O modelo de cotação de preços para os planos, em conformidade com os itens 3.4 e 3.7, consta do Anexo I-II deste Termo de Referência.

3.8 – DOS RELATÓRIOS DE SINISTRALIDADE:

3.8.1 - A CONTRATADA, para prestação da assistência à saúde, deverá encaminhar relatórios e extratos sobre a utilização do plano, observado o devido sigilo médico, conforme descrição a seguir:

3.8.1.1 - à unidade de saúde do TSE, trimestralmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao fim do trimestre, relatório detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento e relatórios de sinistralidade.

3.8.1.2 - Para o beneficiário titular, por solicitação, deste ou do TSE, via correspondência ou por meio eletrônico, extrato detalhado de utilização por titular contendo o nome do usuário, a data de utilização, o local de atendimento, a especialidade, o procedimento e o valor de tabela do evento.

3.8.2 - O TSE poderá solicitar o envio de relatórios detalhados e ainda outras informações que julgar necessárias ao acompanhamento da execução do contrato.

3.9 – DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NOS PLANOS DE SAÚDE

3.9.1 – É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

3.9.2 – Somente o beneficiário titular poderá realizar a inclusão ou exclusão de beneficiários.

3.9.3 – Os dependentes, indicados pelo beneficiário titular serão incluídos no mesmo plano escolhido pelo beneficiário titular.

3.9.4 – A inclusão far-se-á respeitado o seguinte cronograma:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA CONTRATUAL
1º ao 20º dia do mês	a partir do primeiro dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia do mês	a partir do primeiro dia do 2º mês subsequente

3.9.5 - Nos casos de inclusão previstos no item 3.9.10 ocorridas entre o 21º e o 30º dia do mês, a vigência poderá ocorrer no primeiro dia do mês subsequente.

3.9.6 – As exclusões deverão obedecer aos mesmos prazos do cronograma de inclusões especificados no item 3.9.4, com exceção das hipóteses abaixo discriminadas, as quais ocorrerão no dia anterior às ocorrências das situações previstas a seguir:

- a) exoneração/vacância para posse em outro cargo inacumulável;
- b) retorno do servidor requisitado, removido ou em exercício provisório ao órgão de origem;
- c) demissão;
- d) exoneração de cargo em comissão de servidor sem vínculo com a Administração;
- e) separação judicial ou divórcio;
- f) cancelamento de união estável.

3.9.7 – A exclusão em decorrência de falecimento ocorrerá no dia seguinte ao fato.

3.9.8 – Os titulares terão 30 (trinta) dias, contados do início da vigência do contrato e de suas renovações, para solicitarem sua inclusão e de seus dependentes, assim como a mudança de plano, ficando isentos de carência.

3.9.9 – A exclusão do beneficiário titular implicará necessariamente na exclusão dos seus dependentes.

3.9.10 – Estarão isentos de quaisquer carências aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, após a assinatura do contrato, desde que manifestada a solicitação de inclusão em até 30 (trinta) dias corridos contados da:

- a) data de entrada em exercício do beneficiário titular no TSE;
- b) data de nascimento do beneficiário dependente;
- c) data de expedição do termo de guarda ou tutela, para inclusão de menores sob guarda ou tutela;
- d) data do casamento do beneficiário titular, para inclusão do cônjuge e dependentes afins;
- e) data da decisão administrativa que reconhece a união estável, de competência da Secretaria de Gestão de Pessoas do TSE;
- f) data da decisão administrativa que reconhece a dependência econômica, conforme regulamento interno do TSE;
- g) data do retorno às atividades por término de licença para trato de assuntos particulares;
- h) data do retorno às atividades por término de cessão, remoção, ou exercício provisório;
- i) data de exercício na função comissionada ou cargo em comissão de servidor requisitado, removido ou em exercício provisório;
- j) data da publicação do ato de concessão da pensão.

3.9.11 – A reinclusão de usuário de qualquer natureza fica sujeita às carências estabelecidas no item 3.10.

3.9.12 - Os servidores ativos do TSE, incluídos no Plano de Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes.

3.9.13 – A redistribuição do servidor implica a sua exclusão e de seus dependentes do plano de saúde.

3.9.14 - No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período do afastamento, o respectivo custeio das despesas, caso opte por não contribuir com o Plano de Seguridade Social do Servidor. A cobrança referente ao custeio das despesas ficará a cargo do TSE.

3.9.15 - Os beneficiários excluídos do Plano de Saúde serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, e de seus dependentes, se houver.

3.10 – DA CARÊNCIA:

3.10.1 - As carências para inclusões solicitadas após 30 (trinta) dias da data de início do contrato, ressalvados os casos constantes no item 3.9.10, serão de no máximo:

- I.** 30 (trinta) dias consecutivos, para consultas médicas, exames complementares de qualquer porte e serviços auxiliares;
- II.** 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, para internações hospitalares, incluindo cirurgias de qualquer porte e procedimentos terapêuticos de hemodinâmica;

III. 300 (trezentos) dias consecutivos, para os casos obstétricos.

3.10.2 - Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Saúde em situações de urgência ou emergência, que ocorram durante a vigência da prestação de serviço, conforme disposto no art. 35 -C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

3.10.3 – A qualquer tempo, será admitida a transferência de beneficiário de um plano de custo menor para outro de custo maior, desde que o referido beneficiário se responsabilize pelo pagamento da diferença existente entre um plano e outro.

3.10.3.1 - A transferência de um plano para outro observará os prazos constantes no item 3.9.4 e:

a) Quando a mudança for de um plano inferior para um plano superior o beneficiário cumprirá as carências contratuais para o novo plano, conforme item 3.10.1. Enquanto cumpre as carências deste, poderá utilizar-se normalmente do plano anterior;

b) Quando a mudança for de um plano superior para um inferior: o beneficiário poderá transferir-se desde que transcorridos 12 (doze) meses, contados da sua última inscrição ou transferência.

3.11 DAS FORMAS DE COMUNICAÇÃO

3.11.1 A comunicação entre o TSE e a Contratada durante a execução do contrato, far-se-á, preferencialmente, por meio do preposto designado pela contratada.

3.11.2 Poderão ser utilizados para a comunicação:

3.11.2.1 Ofícios;

3.11.2.2 Ordens de Serviço;

3.11.2.3 Mensagens escritas;

3.11.2.4 Relatórios em geral;

3.11.2.5 Termos de Recebimento;

3.11.2.6 Demais documentos previstos em contrato ou neste Termo de Referência.

3.11.3 Sem prejuízo da necessidade de realização de reuniões periódicas, as comunicações devem se dar, preferencialmente, da seguinte maneira:

3.11.3.1 Questões administrativas durante a execução do contrato, que exijam comunicação formal:

1. Meio de Comunicação: correspondência física ou

eletrônica, com aviso e/ou confirmação de recebimento, pessoalmente, por correio, ou por sistema informatizado de correio eletrônico.

2. Periodicidade: eventual ou conforme prazos previstos em contrato ou neste Termo de Referência.

3.11.3.2 Questões técnicas e/ou administrativas cotidianas, durante a execução do contrato:

1. Meio de Comunicação: correspondência eletrônica, telefone, sistemas ou qualquer outra forma acordada entre as partes, definidas na reunião inaugural.
2. Periodicidade: sempre disponível, em dias úteis, entre 9h e 18h.

4. RECEBIMENTO E PAGAMENTO

4.1 RECEBIMENTO

4.1.1 O recebimento dos serviços prestados, pertinentes a cada mês de execução contratual, será realizado por meio dos Termos de Recebimento Provisório - TRP e Definitivo - TRD, emitidos pelo fiscal técnico ou comissão designada, até o 2º (segundo) dia útil do mês de subsequente à prestação dos serviços.

4.1.2 Todas as evidências de descumprimento das obrigações assumidas, no todo ou em parte, pela contratada deverão constar do TRD para viabilizar a apuração da importância exata a pagar.

4.1.3 A Contratada deverá entregar o faturamento com toda documentação exigida em contrato para liquidação e pagamento em até 2 (dois) dias úteis, contados da emissão do TRD.

4.2 PAGAMENTO

4.2.1 O pagamento será efetuado mensalmente, até o 10º (décimo) dia útil, a partir da atestação da(s) nota(s) fiscal(is) ou fatura(s) pelo servidor responsável pela fiscalização, com a emissão de ordem bancária para o crédito em conta corrente da contratada, observada a ordem cronológica estabelecida no art. 5º da Lei nº 8.666/93.

4.2.2 O atesto do **objeto contratual executado** se dará pelo fiscal administrativo, designado pela autoridade competente, por meio da emissão de Nota Técnica de Atesto - NTA, conforme previsto na Seção II do Capítulo V da IN TSE nº 11/2021. O fiscal administrativo terá o prazo de até 4 (quatro) dias úteis para emitir a NTA e remeter o processo à unidade técnica responsável pelo pagamento, a partir do recebimento

do documento fiscal, acompanhado do Termo de Recebimento Definitivo - TRD e dos demais documentos exigidos em contrato para liquidação e pagamento da despesa.

4.2.3 A nota fiscal ou fatura deverá vir acompanhada da relação constante no item 5.1.9 deste Termo de Referência.

4.2.4 O valor apresentado na nota fiscal ou fatura deverá ser correspondente aos serviços prestados no mês anterior.

4.2.5 Ficará suspenso o prazo para emissão da NTA, pelo período definido pela fiscalização, nos casos em que a Contratada for notificada a apresentar esclarecimentos e documentos. Após o prazo estabelecido, caso a contratada não sane as pendências, a fiscalização administrativa indicará a correspondente ressalva na NTA, e a liquidação poderá seguir com possibilidade de aplicação de glosas/sobrestamentos, até que haja os devidos esclarecimentos/comprovações.

4.2.6 O pagamento a ser efetuado em favor da CONTRATADA, em conta corrente previamente informada, estará sujeito à retenção na fonte de tributos e contribuições sociais de acordo com os normativos legais.

4.2.7 Na fase de liquidação e pagamento da despesa, a unidade de execução orçamentária e financeira realizará consulta *on-line* ao Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, ou nos sítios de cada órgão regulador, com fins de verificar a regularidade da contratada perante a Seguridade Social e a Fazenda Federal, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e a Justiça Trabalhista.

5. OBRIGAÇÕES

5.1 OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

5.1.1 - Assegurar aos beneficiários do TSE os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência.

5.1.2 - Prestar os serviços, imediatamente após a conclusão do procedimento licitatório, aos beneficiários cadastrados pelo TSE e proceder às inclusões posteriores e às exclusões de acordo com o item 3.9.

5.1.3 - Fornecer aos beneficiários do TSE, no prazo de 20 (vinte) dias corridos contados da solicitação de inclusão, as carteiras de identificação, válidas nacionalmente, constando o plano a que pertence, cuja apresentação acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários os direitos e vantagens decorrentes do contrato.

5.1.3.1 – Emitir, no caso de inclusão de beneficiário, autorização ou cartão de identificação provisório, de imediato, encaminhando-a à Seção de Benefícios do TSE, com vigência a partir da data da admissão do beneficiário no plano.

5.1.4 - Proceder sempre que necessário, a atualização da relação de credenciados, devendo constar os novos credenciamentos, os descredenciamentos e as mudanças de endereços de médicos, clínicas e demais serviços de saúde do cadastro de credenciados.

5.1.5 - Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada, aos beneficiários internados ou em tratamento, exceto domiciliar, quando da assinatura do contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

a) pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova CONTRATADA;

b) pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova CONTRATADA o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

c) pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente, após avaliação da Junta Médica constituída conforme item 7.1 deste Termo de Referência: haverá o custeio integral do tratamento pela nova CONTRATADA até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos;

5.1.6 - Credenciar hospitais, médicos e serviços auxiliares sempre com o objetivo de melhoria da qualidade de atendimento aos beneficiários, sendo facultado ao TSE indicar hospitais, médicos e serviços auxiliares, a qualquer tempo para serem credenciados a critério da CONTRATADA.

5.1.7 - Manter a rede de atendimento credenciada, referenciada ou própria em número igual ou superior ao apresentado neste Termo de Referência, e, caso haja descredenciamento de qualquer profissional, hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou centro radiológico, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacitação técnica, abrangência e número de leitos, segundo os critérios estabelecidos pela ANS.

5.1.7.1 Nos casos de descredenciamento, a CONTRATADA deverá garantir a continuidade dos serviços prestados aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar, nos moldes do estabelecido no item 5.1.5.

5.1.8 – Indicar, no ato da assinatura do contrato, preposto, com a finalidade de prestar informações e esclarecimentos sobre o contrato, conforme Anexo I-III deste Termo de Referência.

5.1.8.1. Colocar à disposição do TSE um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários.

5.1.9 - Encaminhar mensalmente ao TSE 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, bem como, trimestralmente, extratos de utilização do plano por especialidade e titular e relatórios de sinistralidade, observado o sigilo médico.

5.1.10 - Assegurar aos beneficiários do TSE, 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.

5.1.11 - Assegurar a remoção, por meio de reembolso ou serviço credenciado, do beneficiário hospitalizado, via terrestre, conforme disposto no item 3.2.7, para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional, sempre que necessário e recomendado por relatório feito pelo médico do paciente, sem qualquer ônus adicional. Caso não seja viável a remoção terrestre, mediante solicitação e justificativa do médico assistente, a mesma poderá ser feita em último caso por via aérea, exclusivamente por prestador autorizado pela CONTRATADA.

5.1.12 – Assegurar aos beneficiários dependentes com idade entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos, que porventura percam a condição de estudante, o direito de, ao readquiri-la, retornar à situação de beneficiário dependente.

5.1.13 - Assegurar aos usuários autorização para procedimentos de forma ágil, sempre em tempo real, por meio de telefone, senha eletrônica ou e-mail, de acordo com as especificações e prazos estabelecidos pela ANS.

5.1.14 – Apresentar autorização de exames e procedimentos eletivos, bem como cirurgias, nos prazos máximos estabelecidos nas legislações vigentes.

5.1.15 – Responder, impreterivelmente, em até 5 (cinco) dias úteis, contados da notificação, quando questionada a respeito do Contrato.

5.1.16 - Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pelo TSE, em até 10 (dez) dias corridos, contados da notificação, ou apresentar justificativas para impossibilidade de atendimento no prazo estipulado, a serem avaliadas pela Administração.

5.1.17 - Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a responsabilidade pela execução dos serviços objeto da contratação.

5.1.18 - Manter, durante toda a execução do Contrato, as condições de habilitação exigidas na licitação.

5.1.18.1. Verificada irregularidade fiscal, a Contratada terá o prazo de 30 (trinta) dias corridos, contado da notificação da fiscalização, para regularizar a situação, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis, sem prejuízo da rescisão do contrato a critério da Administração.

5.1.19 – Fornecer e manter atualizada tabela de referência da contratada, a qual será utilizada para fins de reembolso das despesas realizadas, nos casos de livre escolha de

profissionais.

5.1.20 - Não se valer do Contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização do TSE.

5.1.21 - Atender aos beneficiários, dentro do território nacional, em todas as especialidades e procedimentos relacionados no presente Termo de Referência, desde que estejam identificados como tal.

5.1.22 - Manter, durante toda a vigência do contrato, a qualidade na prestação dos serviços especificados neste Termo de Referência.

5.1.23 Executar, com observação dos prazos e exigências, as obrigações constantes do objeto deste Termo de Referência.

5.1.24 Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do objeto do Termo de Referência.

5.1.25 Comunicar imediatamente ao TSE, por escrito, quando verificar condições inadequadas de execução do objeto ou a iminência de fatos que possam prejudicar a sua execução e prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelos fiscais.

5.1.26 Manter o caráter confidencial dos dados e informações obtidos de qualquer forma ou prestadas pelo TSE, não os divulgando, copiando, fornecendo ou mencionando a terceiros, bem como a quaisquer pessoas ligadas direta ou indiretamente à contratada, durante e após a vigência do contrato, observados ainda, no que couber, as diretrizes vigentes adstritas à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), bem como da Resolução CD/ANPD nº 2/2022, devendo orientar seus empregados nesse sentido.

5.1.27 Responsabilizar-se pelos encargos fiscais e comerciais resultantes da contratação.

5.1.27.1 A inadimplência da contratada com referência aos encargos suportados não transfere a responsabilidade por seu pagamento ao contratante, nem poderá onerar o objeto do contrato.

5.1.28 Responsabilizar-se pelas despesas decorrentes da execução dos serviços objeto deste Termo de Referência.

5.1.29 Acatar as recomendações efetuadas pelo fiscal do contrato.

5.1.30 Manter central de atendimento remoto exclusivo para os beneficiários do TSE, com atendentes identificados nominalmente e habilitados a prestar informações, esclarecimentos e autorizar a realização de exames, procedimentos e internações, *com funcionamento* nos dias úteis das 9h às 18h, independentemente da central de atendimento com funcionamento 24h que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter para todos os clientes.

5.2 OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

5.2.1 Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do Contrato com a CONTRATADA, com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

5.2.2 Informar, por escrito e mensalmente, à CONTRATADA, as inclusões, exclusões e alterações de plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do direito ao atendimento, sem prejuízo da movimentação encaminhada via “on line”.

5.2.3 Promover, por intermédio de servidores designados das áreas médica e administrativa, frequentes avaliações trimestrais da manutenção da capacidade operacional da CONTRATADA, conforme exigido no item 3.5 deste Termo, em especial de suas reais condições de execução dos serviços objeto desta contratação, bem como o acompanhamento e a fiscalização dos serviços sob os aspectos quantitativo e qualitativo, anotando em registro próprio as falhas detectadas e comunicando as ocorrências à Secretaria de Administração, com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias.

5.2.4 Recolher e devolver, sempre que possível, na ocasião da exclusão de beneficiário, assim como no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação, bem como qualquer documento análogo, fornecido pela CONTRATADA.

5.2.5 Prestar as informações e os esclarecimentos que porventura venham a ser solicitados.

5.2.6 Designar servidor ou comissão de servidores para fiscalizar a execução do objeto contratual.

5.2.7 Efetuar o pagamento à contratada segundo as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

5.2.8 Realizar reunião inaugural antes do início efetivo da prestação dos serviços entre a fiscalização e a contratada e juntará aos autos posteriormente a ata de reunião, com informações sobre participantes e assuntos discutidos.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

6.1.1 - O contrato terá vigência a partir de / /2023 com duração de 30 (trinta) meses, podendo ser prorrogado na forma da lei.

6.2 DO REAJUSTE

6.2.1. No caso de prorrogação, os preços poderão ser reajustados mediante negociação entre as partes, momento no qual, será apreciada a possibilidade da aplicação da variação

do IPCA, item “Saúde e Cuidados Pessoais”, subitem “Plano de Saúde”, no período entre o mês básico da apresentação da proposta e o mês anterior ao reajuste, observando o interregno mínimo de 1 (um) ano, para compensar as perdas eventuais decorrentes de inflação nos preços de serviços de saúde.

6.2.1.1 Todas as mensalidades previstas no contrato, fixadas em moeda corrente do País, poderão sofrer reajuste financeiro anualmente, de conformidade com a variação do IPCA, item “Saúde e Cuidados Pessoais”, subitem “Plano de Saúde” caso a sinistralidade calculada para o período seja maior ou igual a 70% (setenta por cento) e menor ou igual a 80% (oitenta por cento);

6.2.1.2. O reajuste técnico, ou por sinistralidade, será negociado entre as partes após a análise e demonstração dos custos e receitas apurados no período de doze meses, e poderá ser aplicado caso a sinistralidade calculada seja menor que 70% (setenta por cento) ou maior que 80% (oitenta por cento).

6.2.1.3. O cálculo da sinistralidade no período observado irá considerar os meses os quais a severidade final já esteja formada, de fato ou através de estimativa de IBNR (sinistros ocorridos e não avisados), por data de realização do procedimento pelo usuário e será realizado da seguinte maneira:

$$\frac{\text{Sinistros realizados no período (S1 + S2 + S3 + S4)}}{\text{Total recebido no período}}$$

Legenda:

S1: Despesas assistenciais (honorários médicos + Diagnósticos + terapêuticos);

S2: Despesas hospitalares (Taxas + Diárias);

S3: Despesas de Materiais + Medicamentos + Órteses + Próteses;

S4: Despesas com reembolso.

6.3 – DA PROPOSTA

As interessadas deverão apresentar cotação de preço unitário mensal para cada item, por faixa etária, para todos os planos, em Real, incluídas todas as despesas relativas a impostos, taxas, mão de obra, encargos sociais e trabalhistas e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir sobre o objeto da contratação, conforme especificações deste Termo de Referência.

6.4 - DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

6.4.1 – O critério de julgamento das propostas será o de menor preço global, que corresponde ao somatório de todas as faixas etárias de todos os padrões (Padrão I a IV), destinados aos titulares, dependentes legais e econômicos, conforme Anexos I-I e I-II deste Termo de Referência.

6.5 - DOS DOCUMENTOS

As licitantes deverão apresentar, juntamente com a proposta, como condição de habilitação e participação:

a) atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, que comprove(m) o fornecimento de assistência à saúde para, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) do quantitativo de beneficiários previsto no Anexo I-I deste Termo de Referência;

a.1) será admitido o somatório de atestados quando se referirem à execução de serviços compatíveis com o objeto a ser contratado, desde que prestado simultaneamente;

a.1.1) entende-se por semelhança e compatibilidade com o objeto contratual a execução, de forma não eventual, de serviços de assistência médico-hospitalar através de plano ou seguro saúde;

a.1.2) poderá ser admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo do serviço, a apresentação de diferentes atestados de serviços executados de forma concomitante, pois essa situação se equivale, para fins de comprovação de capacidade técnico-operacional, a uma única contratação;

a.1.3) somente serão aceitos atestados expedidos após a conclusão do contrato ou se decorrido, pelo menos, um ano do início de sua execução, exceto se firmado para ser executado em prazo inferior.

a.2) caso persistam dúvidas acerca da veracidade da(s) declaração(ões), poderá(ão) ser exigida(s) pelo pregoeiro cópia(s) do(s) contrato(s), dentre outros documentos, para fins de comprovação do alegado e o período da prestação dos serviços, caso a(s) declaração(ões) não tenha(m) sido emitida(s) pelo próprio TSE.

b) autorização para operar planos de assistência à saúde, bem como o nome comercial e o registro dos planos ofertados, emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b.1) na hipótese de participação de cooperativas, deverão ser apresentadas as Certidões da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS de todas as cooperativas que sejam responsáveis pela prestação dos serviços (Acórdão 668/2005 – TCU – Plenário);

c) prova de registro na ANS do(s) plano(s) ofertado(s), necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem como da segmentação assistencial oferecida nos termos do art. 6º da RN nº 387/2015, mediante declaração expedida pela citada autarquia ou indicação do número de registro;

d) declaração comprometendo-se a disponibilizar, durante todo o período de vigência do contrato, adequada rede credenciada, de acordo com o item 5.1.7, bem como os serviços constantes do Capítulo 3 deste Termo de Referência.

e) prova de que foi avaliada pelo Índice de Desempenho de Saúde Suplementar - IDSS da ANS e que obteve resultado maior ou igual a 0,8.

6.6 DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE

6.6.1 Como condição para participação na licitação, não possuir inscrição no cadastro de empregadores que tenham submetido trabalhadores a condições análogas à de escravo (Portaria Interministerial MTPS/MM/IRDH nº 4/2016).

6.6.1.1 A comprovação desse critério será efetuada a partir da consulta ao Cadastro acima mencionado, no sítio eletrônico (https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/areas-de-atuacao/cadastro_de_empregadores.pdf), do qual consta lista emitida pelo Ministério do Trabalho e Previdência.

6.6.2 Comprovar, como condição para assinatura do contrato, não ter sido condenada, a adjudicatária e seus dirigentes, por infringir as leis de combate à discriminação de raça ou de gênero, ao trabalho infantil e ao trabalho escravo, em afronta ao que está previsto no art. 1º e no art. 170 da Constituição Federal de 1988; no art. 149 do Código Penal Brasileiro; no Decreto nº 5.017, de 12 de março de 2004, (promulga o Protocolo de Palermo) e nas Convenções da OIT, no art. 29 e no art. 105.

6.6.2.1 A comprovação deverá ser efetuada a partir da apresentação de Certidão Judicial de Distribuição ("nada consta" ou "certidão negativa") da esfera criminal, **da Justiça Comum, Federal e Estadual** da adjudicatária e de seus dirigentes.

6.6.3 Apresentar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), nos termos da Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7) do Ministério do Trabalho e Previdência, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos contados do início da vigência do contrato, sob pena de notificação aos órgãos competentes pela fiscalização.

6.7 DISPOSIÇÕES FINAIS

6.7.1 - As divergências médicas sobre os serviços previstos neste Termo de Referência serão dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo TSE e um terceiro escolhido pelos dois nomeados, tendo como limite máximo para a constituição da junta o prazo de 5 (cinco) dias corridos, a contar da notificação da empresa pelo TSE.

6.7.2 - Caso não haja acordo na escolha do terceiro membro (médico), a sua designação será solicitada pelo TSE ao

7. PREÇOS ESTIMADOS

PLANO PADRÃO I		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
1	0 a 18 anos	364,90
2	19 a 23 anos	451,38
3	24 a 28 anos	550,62
4	29 a 33 anos	622,53
5	34 a 38 anos	680,63
6	39 a 43 anos	764,20
7	44 a 48 anos	904,22
8	49 a 53 anos	1.100,98
9	54 a 58 anos	1.397,37
10	59 anos ou mais	2.180,75
PLANO PADRÃO II		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
11	0 a 18 anos	420,65
12	19 a 23 anos	521,27
13	24 a 28 anos	634,86
14	29 a 33 anos	718,15
15	34 a 38 anos	786,25
16	39 a 43 anos	881,07
17	44 a 48 anos	1.042,27
18	49 a 53 anos	1.274,71
19	54 a 58 anos	1.620,21
20	59 anos ou mais	2.513,59
PLANO PADRÃO III		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
21	0 a 18 anos	509,95
22	19 a 23 anos	627,69
23	24 a 28 anos	762,78
24	29 a 33 anos	868,33
25	34 a 38 anos	956,72
26	39 a 43 anos	1.079,26
27	44 a 48 anos	1.262,42
28	49 a 53 anos	1.555,85
29	54 a 58 anos	1.986,01
30	59 anos ou mais	3.047,34
PLANO PADRÃO IV		

ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
31	0 a 18 anos	799,96
32	19 a 23 anos	990,73
33	24 a 28 anos	1.200,28
34	29 a 33 anos	1.365,86
35	34 a 38 anos	1.506,63
36	39 a 43 anos	1.686,66
37	44 a 48 anos	1.979,72
38	49 a 53 anos	2.452,31
39	54 a 58 anos	3.143,32
40	59 anos ou mais	4.777,91

ANEXO - I-I

Quantitativo estimado de beneficiários e suas respectivas faixas etárias	
Faixa Etária	Titulares/Dependentes Legais e econômicos
0 a 18	597
19 a 23	124
24 a 28	20
29 a 33	99
34 a 38	210
39 a 43	285
44 a 48	209
49 a 53	219
54 a 58	156
59 anos ou mais	423
TOTAL	2.342

ANEXO I-II

MODELO DE COTAÇÃO DE PREÇOS PARA EFEITO DE JULGAMENTO DE PROPOSTAS

PLANO PADRÃO I		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
1	0 a 18 anos	

2	19 a 23 anos	
3	24 a 28 anos	
4	29 a 33 anos	
5	34 a 38 anos	
6	39 a 43 anos	
7	44 a 48 anos	
8	49 a 53 anos	
9	54 a 58 anos	
10	59 anos ou mais	
PLANO PADRÃO II		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
11	0 a 18 anos	
12	19 a 23 anos	
13	24 a 28 anos	
14	29 a 33 anos	
15	34 a 38 anos	
16	39 a 43 anos	
17	44 a 48 anos	
18	49 a 53 anos	
19	54 a 58 anos	
20	59 anos ou mais	
PLANO PADRÃO III		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
21	0 a 18 anos	
22	19 a 23 anos	
23	24 a 28 anos	
24	29 a 33 anos	
25	34 a 38 anos	
26	39 a 43 anos	
27	44 a 48 anos	
28	49 a 53 anos	
29	54 a 58 anos	
30	59 anos ou mais	
PLANO PADRÃO IV		
ITEM	FAIXA ETÁRIA	PREÇO DA MENSALIDADE (R\$)
31	0 a 18 anos	
32	19 a 23 anos	
33	24 a 28 anos	
34	29 a 33 anos	
35	34 a 38 anos	
36	39 a 43 anos	
37	44 a 48 anos	
38	49 a 53 anos	

39	54 a 58 anos	
40	59 anos ou mais	

ANEXO I-III - DESIGNAÇÃO DE PREPOSTO

DESIGNAÇÃO DE PREPOSTO	
<p>A empresa Nome da Empresa, com sede na Endereço da empresa, na cidade de Cidade, (UF), CNPJ nº 000.000.000/0000-0, neste ato representada pelo seu Cargo do Representante, Senhor(a) Nome do Representante portador(a) da Carteira de Identidade nº Identidade do Representante, CPF nº CPF do Representante, em atenção ao art. 44 da IN MPDG nº 5/2017, DESIGNA, o(a) Senhor(a) Nome do Colaborador, portador(a) da Carteira de Identidade nº Identidade do Colaborado, CPF nº CPF do Colaborador, para atuar como preposto no âmbito do Contrato TSE nº xx/xxxx.</p>	
<p>2. O preposto designado representará a empresa perante o Tribunal Superior Eleitoral, zelará pela boa execução do objeto contratual, exercendo os seguintes poderes e deveres:</p>	
a)	Ser acessível ao Contratante, por intermédio de número de telefones fixo e celular informado neste formulário.
b)	Acatar as recomendações efetuadas pelo fiscal do contrato.
<p>3. A comunicação entre o preposto e o Tribunal Superior Eleitoral será efetuada por meio dos telefones fixo (DDD) 00000-0000 e celular (DDD) 00000-0000 ou do e-mail email@email.com.br.</p> <p>4. A Nome da Empresa compromete-se a manter atualizados, durante toda fase de execução da contratação, os contatos de telefone e e-mail para comunicação com o Tribunal Superior Eleitoral.</p>	

ANEXO I-IV - TERMOS DE RECEBIMENTO PROVISÓRIO E DEFINITIVO

LISTA DE VERIFICAÇÃO - RECEBIMENTO PROVISÓRIO
CONTRATADA:
CNPJ:
CONTRATO:
VIGÊNCIA:
PRORROGÁVEL:
<p>OBJETO: Prestação em todo o território nacional, de serviços de assistência médico-hospitalar ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, em apartamento individual com banheiro privativo ou enfermaria, aos beneficiários regularmente inscritos pelo TSE.</p>

PERÍODO DE REFERÊNCIA:
FISCAIS TÉCNICOS:
FISCAIS ADMINISTRATIVOS:
PARECER DA FISCALIZAÇÃO
ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS
1. A Contratada encaminhou para conferência prévia listagem atualizada dos beneficiários cadastrados com os respectivos planos em que estão inscritos?
2. A Contratada encaminhou para conferência prévia relatório com os valores das mensalidades de cada beneficiário?
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS
<input type="checkbox"/> NÃO HOUVE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS
Efetuada a análise de conformidade do objeto com as especificações do Termo de Referência, quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos, a fiscalização decide por:
<input type="checkbox"/> RECEBER PROVISORIAMENTE O OBJETO
<input type="checkbox"/> NÃO RECEBER PROVISORIAMENTE O OBJETO

LISTA DE VERIFICAÇÃO - RECEBIMENTO DEFINITIVO
CONTRATADA:
CNPJ:
CONTRATO:
VIGÊNCIA:
PRORROGÁVEL:
OBJETO: Prestação em todo o território nacional, de serviços de assistência médico-hospitalar ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como internações tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, em apartamento individual com banheiro privativo ou enfermaria, aos beneficiários regularmente inscritos pelo TSE.
PERÍODO DE REFERÊNCIA:
FISCAIS TÉCNICOS:
FISCAIS ADMINISTRATIVOS:
PARECER DA FISCALIZAÇÃO
ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS
1. A Contratada encaminhou para conferência listagem atualizada dos beneficiários cadastrados com os respectivos planos em que estão inscritos?
2. A Contratada manteve a disposição do TSE um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários?
3. A Contratada manteve a rede de atendimento credenciada, referenciada ou própria em número igual ou superior ao apresentado no Termo de Referência?
4. Nos casos de descredenciamento, a Contratada garantiu a continuidade dos serviços prestados aos beneficiários?
5. A Contratada encaminhou mensalmente ao TSE, juntamente com a fatura/nota fiscal dos serviços prestados, listagem atualizada dos beneficiários cadastrados?
6. A Contratada cumpriu com as obrigações contratuais previstas em contrato e termo de referência?

() A CONTRATADA ATENDEU AOS ASPECTOS QUANTITATIVOS DA EXECUÇÃO DO OBJETO
() A CONTRATADA NÃO ATENDEU AOS ASPECTOS QUANTITATIVOS DA EXECUÇÃO DO OBJETO (vide observações no relatório de ocorrências)
ANÁLISE DOS ASPECTOS QUALITATIVOS
() A CONTRATADA ATENDEU AOS ASPECTOS QUALITATIVOS DA EXECUÇÃO DO OBJETO
() A CONTRATADA NÃO ATENDEU AOS ASPECTOS QUALITATIVOS DA EXECUÇÃO DO OBJETO
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS
() NÃO HOUVE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS DURANTE A EXECUÇÃO DO OBJETO
Efetuada a análise de conformidade do objeto com as especificações do Termo de Referência, quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos, a fiscalização decide por:
() RECEBER DEFINITIVAMENTE O OBJETO
() NÃO RECEBER DEFINITIVAMENTE O OBJETO

ANEXO I-V - DADOS RELEVANTES PARA A CONTRATAÇÃO

QUANTITATIVO BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE PLANO E FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	PLANO PADRÃO I	PLANO PADRÃO II	PLANO PADRÃO III	PLANO PADRÃO IV
00 a 18	111	305	159	15
19 a 23	32	66	32	1
24 a 28	2	6	3	1
29 a 33	27	36	19	2
34 a 38	50	92	57	3
39 a 43	51	134	86	14
44 a 48	48	115	51	6
49 a 53	44	121	48	4
54 a 58	36	87	36	3
59 ou mais	113	228	78	20
Total	514	1.190	569	69

QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

FAIXA ETÁRIA	TOTAL	MASCULINO	FEMININO
--------------	-------	-----------	----------

00 a 18	590	287	303
19 a 23	131	68	63
24 a 28	12	5	7
29 a 33	84	39	45
34 a 38	202	82	120
39 a 43	285	129	156
44 a 48	220	115	105
49 a 53	217	98	119
54 a 58	162	82	80
59 ou mais	439	154	285
Total	2.342	1.059	1.283

QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE PLANO/FAIXA ETÁRIA/GÊNERO

FAIXA ETÁRIA	PLANO PADRÃO I		PLANO PADRÃO II		PLANO PADRÃO III		PLANO PADRÃO IV	
00 a 18	111	M=54 F=57	305	M=149 F=156	159	M=77 F=82	15	M=7 F=8
19 a 23	32	M=13 F=19	66	M=35 F=31	32	M=19 F=13	1	M=1 F=0
24 a 28	2	M=2 F=0	6	M=1 F=5	3	M=1 F=2	1	M=1 F=0
29 a 33	27	M=12 F=15	36	M=18 F=18	19	M=9 F=10	2	M=0 F=2
34 a 38	50	M=22 F=28	92	M=39 F=53	57	M=20 F=37	3	M=1 F=2
39 a 43	51	M=28 F=23	134	M=63 F=71	86	M=33 F=53	14	M=5 F=9
44 a 48	48	M=24 F=24	115	M=59 F=56	51	M=32 F=19	6	M=0 F=6
49 a 53	44	M=18 F=26	121	M=58 F=63	48	M=20 F=28	4	M=2 F=2
54 a 58	36	M=20 F=16	87	M=44 F=43	36	M=16 F=20	3	M=2 F=1
59 ou mais	113	M=45 F=68	228	M=71 F=157	78	M=33 F=45	20	M=5 F=15
Total	514	M=238 F=276	1.190	M=537 F=653	569	M=260 F=309	69	M=24 F=45

SINISTRALIDADE

COMPETÊNCIA	ÍNDICE MENSAL
Dezembro/2021	0,77
Janeiro/2022	0,93

Fevereiro/2022	0,75
Março/2022	0.64
Abril/2022	0,74
Maio/2022	0,68
Junho/2022	0,71
Julho/2022	0,80
Agosto/2022	0,84
Setembro/2022	0,98
Outubro/2022	0,97
Novembro/2022	0,68
TOTAL	0,79

JOSÉ RODRIGUES DE ARAÚJO NETO
SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO - SUBSTITUTO



Documento assinado eletronicamente em **01/03/2023, às 15:25**, horário oficial de Brasília, conforme art. 1º, §2º, III, b, da [Lei 11.419/2006](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida em https://sei.tse.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&cv=2390577&crc=C93356AC, informando, caso não preenchido, o código verificador **2390577** e o código CRC **C93356AC**.

2022.00.000009721-2

Documento nº 2390577 v2