

Estudo Técnico Preliminar 9/2025

1. Informações Básicas

Número do processo: 013/2025

2. Descrição da necessidade

2.1. Disponibilizar assistência à saúde aos seus empregados, incluindo cobertura odontológica, com extensão aos dependentes, conforme estabelecido na Resolução nº 2.054/2022 do Confere, que regulamenta a assistência à saúde prestada pelas Entidades do Sistema Confere/Cores aos seus empregados e dispõe sobre outras providências.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Coordenadoria Contábil Financeira	Jéssica Soares Oliveira

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

4.1 Os serviços a serem fornecidos deverão seguir as especificações e quantidades descritas abaixo:

Elemento de Despesa: 6.2.2.1.1.01.01.03.003 - Plano de Saúde

Grupo	Item	CATSER	DESCRIÇÃO	Quantidade de vidas	Unidade de Medida	Quantidade para o contrato (quant. vidas do item x 60)
01	01	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 0 a 18 anos	28	Vidas	1680
	02	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 19 a 23 anos	6	Vidas	360
	03	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 24 a 28 anos	7	Vidas	420
	04	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 29 a 33 anos	15	Vidas	900
	05	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 34 a 38 anos	12	Vidas	720
	06	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 39 a 43 anos	15	Vidas	900
			plano de saúde, conforme especificado, para faixa			

07	13340	etária de 44 a 48 anos	9	Vidas	540
08	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 49 a 53 anos	11	Vidas	660
09	13340	plano de saúde, conforme especificado, para faixa etária de 54 a 58 anos	12	Vidas	720
10	13340	plano de saúde, conforme especificado, para acima de 59 anos	7	Vidas	420
Quantidade total estimado >>>			122	Vidas	7320

Memória de Cálculo: Para alinhar o sistema Compras.gov.br ao prazo inicial do contrato, o cálculo acima foi realizado considerando o número de vidas por item (empregados e dependentes legais) e o período contratual de 60 meses. Para cada item, a quantidade de vidas foi multiplicada pelo número de meses (vidas × meses), conforme demonstrado na tabela. Ressalta-se que os valores apresentados são estimados com base na adesão dos empregados e de seus dependentes legais.

Elemento de Despesa: 6.2.2.1.1.01.01.03.004 - Plano Odontológico

Grupo	Item	CATSER	DESCRIÇÃO	Quantidade de vidas	Unidade de Medida	Quantidade para o contrato (quant. vidas do item x 60)
-	11	5908	plano de odontológico, conforme especificado no item 6.13. DO PLANO ODONTOLÓGICO	122	Vidas	7320
Quantidade total estimado >>>				122		7320

Memória de Cálculo: Para compatibilizar o sistema Compras.gov.br com os parâmetros contratuais, foram consideradas 122 vidas (empregados e dependentes legais) para um período de 60 meses, totalizando 7.320 unidades, conforme demonstrado na tabela acima. Os valores são estimados com base na adesão de empregados e seus dependentes legais.

**Em relação ao Plano Odontológico, não há histórico de contratação anterior, pois trata-se de um serviço novo no âmbito do Core-SP (trecho extraído do D.O.D. nº 020/2025).*

5. Levantamento de Mercado

5.1. Para a demanda sob análise e em decorrência de uma avaliação inicial, as possíveis soluções que podem atender às necessidades do Core-SP no caso concreto encontram-se discriminadas na tabela a seguir.

5.2. Em que pese o Core-SP não faça parte do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, a Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97/2022 também foi utilizada como ponto de partida para discussão das soluções possivelmente aplicáveis.

5.3. ID Descrição da solução

01. Celebração de contrato com operadoras de planos de assistência à saúde

02. Celebração de convênio de assistência à saúde
03. Prestação de serviço diretamente pelo Core-SP
04. Concessão de auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento parcial

5.4 Soluções existentes no mercado

5.4.1. Solução 01

A solução 01 é constituída, em sua essência, de serviços de assistência médica hospitalar configurados e limitados de acordo com o instrumento contratual celebrado.

Nessa solução, a Contratada, operadora de planos de saúde, deve observar o que dispõe a Lei nº 9.566/1998, bem como as diretrizes e regulamentos aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Assim, as coberturas ofertadas, regras de transição, tratamentos aplicáveis e demais questões são definidos pela agência reguladora competente, que age como fiscalizadora dos serviços prestados. Ainda, os tratamentos ofertados passam por validação da agência, garantindo que a técnica e insumos empregados possuem eficácia comprovada.

Como requisito, cabe à Contratante definir uma rede mínima de atendimento com as especialidades exigidas, de forma a garantir que os serviços prestados por intermédio de profissionais próprios da Contratada ou por seus credenciados é suficiente para atender a demanda do órgão Contratante. Além da rede própria ou credenciada, devem ser definidos o padrão de acomodação exigido, coberturas, carências, valores máximos praticados, faixas etárias aplicáveis, incidência de coparticipação ou não sobre os valores transferidos e, em caso de sua aplicação, o limite dos valores para cada categoria.

Em contrapartida, o Contratante transfere à Contratada a análise de requisições de exames e tratamentos, agendamento de consultas e gestão de rede própria ou de credenciados.

5.4.2. Solução 02

A solução 02 é uma modalidade em que o termo que rege a relação entre as partes é formalizado com a intenção de facilitar o acesso a serviços da área de medicina e saúde através da concessão de descontos ou benefícios a determinado público. Geralmente celebrado entre empresas e instituições de atenção à saúde, classificadas como entidades de autogestão e sem finalidade lucrativa, para ofertar exames e tratamentos nas dependências desta última.

Em que pese a regulamentação aos convênios seja mais simplificada, não aplicando-se as disposições da Lei nº 9.566/1998, a Agência Nacional de Saúde Complementar expede atos e diretrizes cabíveis para os convênios, em especial quanto à proteção dos consumidores e à transparência nas relações.

5.4.3. Solução 03

Na solução 03, diferentemente das demais soluções analisadas anteriormente, no caso em apreço o órgão fica responsável pela prestação dos serviços de forma direta aos seus funcionários de acordo com os critérios que elaborar.

Para consecução dos objetivos almejados, o órgão fica responsável por contratar mão de obra e serviços especializados na área de saúde para ofertar, em quantidade e qualidade adequadas, tratamentos e demais procedimentos aos seus funcionários. Ainda, é cabível ao órgão ofertar tais serviços por meio de mão de obra do seu quadro próprio de funcionários.

Quando necessária, também poderá ocorrer a contratação de rede de prestação de serviço para complementação de atendimento, devendo ser observado, para tanto, os ritos de contratação com o poder público.

5.4.4. Solução 04

Nesta hipótese da solução 04 ser adotada o funcionário poderá requerer o pagamento de auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento parcial, em razão da comprovação de contratação de plano de assistência à saúde de forma direta, nos termos da Resolução nº 2.054 /2022 que regulamenta a assistência à saúde pelas Entidades do Sistema Confere/Cores para seus empregados e dá outras providências.

Para tanto, o funcionário deve comprovar o dispêndio por meio idôneo e contratar plano de assistência devidamente autorizado e permitido pela ANS para ser comercializado. O auxílio é pago em substituição à contratação de plano de assistência pelo Core-SP, não cabendo o recebimento de auxílio enquanto ofertado serviço de assistência pelo órgão.

Caberia ao Core-SP regulamentar o pagamento do auxílio, definir as faixas e valores compatíveis e aplicáveis, bem como fiscalizar a transferência de recursos, de forma a indenizar apenas os valores efetivamente despendidos na contratação dos serviços de assistência à saúde.

5.5. Escolha da solução para a contratação e sua justificativa

Tendo em vista a existência de mais de uma solução que pode atender às necessidades do Core-SP no caso concreto, conforme detalhado no item anterior do presente estudo, mostra-se necessária uma ponderação entre as possíveis soluções.

Primeiramente, cabe destacar que a Solução 2, em que pese possua relativa proximidade com a Solução 1, apresenta distinções consideráveis quanto sua aplicabilidade. A implementação de tal alternativa revela-se problemática e inadequada, pois:

- A prestação dos serviços ficaria limitada às entidades de assistência classificadas como de autogestão e sem fins lucrativos, afastando a participação de outras gestoras de planos de saúde que executam serviço similar;
- A celebração de convênio exigiria a formalização de edital de credenciamento com as obrigações e condições aplicáveis, possibilitando a prestação do convênio por mais de uma conveniada. Tal adequação exigiria alteração sensível na forma de contratação e execução dos serviços atualmente implementados;
- A possibilidade de prestação dos serviços por mais uma prestadora reduziria a concentração de serviços e reduziria a economia de escala, alterando sensivelmente os valores atualmente praticados e, possivelmente, inviabilizando a oferta de assistência à saúde, considerando o reduzido tamanho do corpo funcional atual do Core-SP.

Analisando-se a Solução 03 verifica-se que sua aplicação é de elevada dificuldade no Conselho, posto que o corpo técnico deste Conselho é voltando exclusivamente para atividades de fiscalização, de registro, jurídica e administrativa. Assim, devem ser considerados, ainda, os seguintes aspectos:

- A implementação de tal solução exigiria a alteração do plano de cargos e salários da entidade, mediante inserção de previsão de funções relacionadas à área de saúde. Alternativamente, caso as funções mencionadas fossem executadas por mão de obra terceirizada, ainda que em jornada parcial, nova contratação de serviço de administração de mão de obra seria necessária;
- A gestão da mão de obra e de atendimento, em última análise, recairia sobre o Core-SP;
- Os profissionais alocados para a prestação do serviço ficariam ociosos em períodos em que os atendimentos fossem inexistentes, impossibilitando o aproveitamento para exercício de outras atividades;
- A adoção da solução nº 3 não dispensa a contratação ou celebração de convênio para prestação de demais serviços de atendimento mais complexos, como consultas com especialistas, realização de exames e procedimentos.

Comparativamente a Solução nº 4 demonstra ser mais simplificada do que as demais apresentadas até então. Não exige a celebração de contratos ou convênios e dispensa a contratação de mão de obra especializada. Contudo, tais benefícios devem ser analisados com cautela e de acordo com o seguinte contexto:

- O pagamento de benefício em caráter indenizatório fica condicionado à elaboração de regulamento interno sobre o tema;
- Cabe à Administração estipular os termos mínimos que deverão ser observados pelos funcionários quando da contratação dos serviços de assistência médica para fazer jus ao benefício;
- O valor de caráter indenizatório a ser concedido deve ser fixado pelo Core-SP com base em pesquisas realizadas. A política estabelecida deve ser debatida em conjunto com os funcionários posto que os valores praticados pelos planos de assistência médica levam em conta idade e registros anteriores, o que levantaria discussão acerca dos valores repassados;
- O pagamento do benefício ficaria condicionado à prestação de contas mensal realizada pelo beneficiado, exigindo a necessidade de o Core-SP instituir responsável pela conferência da documentação;

Os valores repassados poderiam ser questionados frente a uma alegada insuficiência na cobertura de despesas pela contratação de planos de saúde individual, em geral mais caros quando comparados àqueles da modalidade coletivo empresarial.

De toda forma, não obstante as soluções 02, 03 e 04 propiciem, por um lado, aspectos positivos, por outro lado, tais aspectos são mitigados pelos seguintes benefícios que a alternativa 01 é capaz de oferecer, quais sejam:

- Definição objetiva das obrigações a serem cumpridas pela contratada, inclusive quanto à rede mínima e especializações a serem ofertadas;
- Transferência à contratada da obrigação de gestão de mão de obra, rede credenciada, postos de atendimento, serviços e solicitações;

- Concentração dos beneficiários e seus dependentes em um único contrato com modelo de gestão e prestação previamente delimitado, favorecendo a redução dos valores por faixa etária em razão da economia de gestão em comparação com as diversas contratações realizadas diretamente por cada funcionário;
- Contratação de prestadora devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar cujos serviços, por conseguinte, encontram-se regulamentados e aderentes à Lei nº 9.656/1998, gerando maior segurança na contratação e execução dos serviços; e
- Dispensa implantação de procedimento de prestação de contas e conferência individual de contratação de serviços de saúde pelos beneficiários do Core-SP.

O contrato com operadora é vantajoso em razão da ampla rede e da possibilidade do servidor escolher o atendimento que melhor se adequa ao seu tratamento. Além disso, o próprio Core-SP será o gestor e fiscalizador do contrato e utilizará todos os procedimentos necessários para exigir a efetividade na prestação de serviços pela empresa contratada, como também vem efetuando essa forma de contratação, tendo como satisfatória no decorrer dos anos.

Assim, a solução que atende aos interesses e necessidades do Core-SP é plano de saúde por meio de operadora. A empresa contratada deverá prestar serviço de assistência à saúde para a prestação de assistência médica, garantindo coberturas de serviços médico-hospitalares de assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica, tratamentos, exames complementares, internações hospitalares e demais serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, incluindo centro de terapia intensiva, tanto em caráter eletivo, emergencial e de urgência, em hospitais e clínicas próprias, conveniadas ou referenciadas, no âmbito de todo o território nacional, das doenças reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID - 10) (futuramente CID 11) e pelas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), sem excluir doenças preexistentes, crônicas ou congênitas.

5.6. Registro de soluções consideradas inviáveis

Destarte, e considerando os parâmetros ínsitos ao princípio da proporcionalidade, conclui-se que, não obstante as soluções 2 e 4 sejam adequadas para atender à necessidade da demanda, cabendo ressalva quanto à solução nº 3 em razão de sua difícil implementação, no caso concreto, a Solução 01 mostra-se como mais necessária e proporcional em sentido estrito, revelando-se, pois, como a mais vantajosa para a contratação sob análise.

Nesse sentido, considerando a solução 01 foram feitas gestões junto ao mercado para estimativa de preços da contratação.

5.7. O orçamento estimativo do presente ETP foi elaborado de forma preliminar, para subsidiar a definição da melhor alternativa (solução) em termos de custo-benefício. (Acórdão nº 2273/2024 - TCU)

5.7.1. Em consequência, considerando a especificidade do serviço, foi consultado o mercado, conforme consta no Anexo - Relatório de Cotação com os orçamentos enviados pelos demandantes.

5.8. Foram consultadas as seguintes contratações disponíveis no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP:

Edital nº 90002/2025

Local: Vitória/ES

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DO ESP SANTO

Unidade compradora: 389444 - CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO/ES

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 07/03/2025

Situação: Homologado (fracassado)

Data de início de recebimento de propostas: 07/03/2025 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 21/03/2025 09:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 28167666000158-1-000012/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de Operadora de Plano de Assistência à Saúde coletivo empresarial, nas modalidades Cooperativa Médica ou Medicina de Grupo, ou Seguros Privados de Assistência à Saúde (sem coparticipação), destinada à prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, métodos complementares de diagnósticos e tratamentos, e demais serviços auxiliares, aos usuários indicados pelo CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO – CRF-ES.

<https://pncp.gov.br/app/editais/28167666000158/2025/12>

Prazo de vigência: 1.3. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133/21.

Reajuste: 7.2. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido da CONTRATADA, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pela CONTRATANTE, do Índice IPCA, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

Edital nº 90002/2025

Última atualização 14/03/2025

Local: Manaus/AM

Órgão: SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL

Unidade compradora: 927929 - SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL-AM

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 14/03/2025

Situação: Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 14/03/2025 08:30 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 28/03/2025 10:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 03965450000107-1-000001/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de empresa para a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, inclusive obstetrícia, nos padrões enfermagem e apartamento, com atendimento regional e nacional, para os empregados do SENAC/AM e SESC/AM, lotados na capital e interior do Estado do Amazonas, optantes, por adesão, aos planos de saúde e de continuidade, pelo prazo, prorrogável, de 12 meses, observados os critérios estabelecidos no presente edital, termo de referência, minuta con

<https://pncp.gov.br/app/editais/03965450000107/2025/1>

Prazo de vigência: O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, por interesse das partes, observando os limites estabelecidos nas Resoluções SENAC nº 1.270/2024 e SESC nº 1.593/2024.

Reajuste: 15.1. Os valores contratuais serão reajustados anualmente, a consenso das partes e observados os critérios da Legislação Vigente e nas decisões judiciais pertinentes. 15.2. Em caso de desequilíbrio financeiro, a CONTRATADA deverá demonstrar, analiticamente, a necessidade de aplicação de um reajuste superior ao previsto no item anterior, com a finalidade de estabelecer o equilíbrio financeiro contratual, quando o índice de sinistralidade, comprovadamente,

ultrapassar o ponto de equilíbrio de 75% (Setenta e cinco por cento), observando as regras estabelecidas no contrato.

Edital nº 91002/2025

Última atualização 24/03/2025

Local: Belo Horizonte/MG

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Unidade compradora: 389172 - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MG

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 24/03/2025

Situação: Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 24/03/2025 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 10/04/2025 14:01 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 22256879000170-1-000021/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

O objeto do presente Termo de Referência é a contratação de Plano de Saúde, em todo território nacional em assistência médica, hospitalar e obstetrícia, odontológica, ambulatorial e laboratorial de forma coparticipativa

<https://pncp.gov.br/app/editais/22256879000170/2025/21>

Prazo de vigência: 2.1. O prazo de vigência do contrato é de 60 (sessenta meses) meses contados da data de sua assinatura, prorrogável por até 10 (dez) anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.2.2. 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, atentando, ainda, para o cumprimento dos seguintes requisitos:

Reajuste: 7.2. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do índice divulgado/autorizado

pela Agência Nacional de Saúde/ANS, para os serviços de assistência médica, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

Edital nº 90001/2025

Última atualização 13/02/2025

Local: Salvador/BA

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMOVEIS 9 REGIAO BA

Unidade compradora: 926356 - CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMOVEIS /BA

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto-Fechado

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 13/02/2025

Situação: Homologado (fracassado)

Data de início de recebimento de propostas: 13/02/2025 09:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 27/02/2025 09:30 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 15245848000158-1-000002/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica hospitalar, ambulatorial, laboratorial e obstetrícia, com acomodação coletiva de enfermagem e abrangência nacional, sem coparticipação, para atender aos funcionários e seus dependentes do Conselho Regional de Corretores de Imóveis da Bahia – CRECI/BA.

<https://pncp.gov.br/app/editais/15245848000158/2025/2>

Prazo de vigência: 2.1. O prazo de vigência da contratação é de contados do(a) assinatura 12 meses, do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

Reajuste: 7.1. O valor contratual será reajustado anualmente, para efeito da revisão dos prêmios, sendo aplicado o índice IPC/FIPE do período de 12 meses anteriores à aplicação do reajuste, ou através de outro índice determinado por legislação. 7.2. Reajuste Técnico: O Índice de Sinistralidade, para efeito da revisão positiva da contraprestação pecuniária, será sempre o

resultado da divisão total dos sinistros por data de atendimento pelo total de contraprestação pecuniária líquida cobrada durante o período de apuração. Se o IS se situar acima de 0,70 (setenta centésimos) ou 70% (setenta por cento), a contraprestação pecuniária poderá ser reajustada, conforme a seguinte fórmula:

$$IR = IS / 0,70$$

Legenda :

IR = Índice de Reajuste.

IS = Índice de Sinistralidade.

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

Sa = Sinistros apurados pela contratada no período analisado.

Pp = contraprestação pecuniária líquida paga à contratada no período analisado.

poderão 7.2.1. Sempre que o IR for maior que 01 (um), os prêmios ser reajustados pelo índice apurado, desde que formalmente solicitado pela CONTRATADA e acordado entre as partes.

7.2.2. As apurações serão feitas mensalmente, sendo que a primeira apuração se dará a partir do 1 primeiro mês de vigência do contrato, estabelecendo índices totais mensais e consolidações acumuladas para efeito de acompanhamento, tendo por base a somatória de Sa e Pp, do período compreendido entre o último mês que serviu de base para o último reajuste aplicado e o mês da efetiva análise, desde que esse período seja limitado a 12 (doze) meses.

7.3. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

7.4. O início da execução do objeto ocorrerá imediatamente após a assinatura do contrato e sua devida publicação, de forma a não haver interrupção na assistência média disponibilizada aos trabalhadores e seus dependentes;

Edital nº 90004/2025

Última atualização 25/03/2025

Local: Curitiba/PR

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA DA SETIMA REGIAO

Unidade compradora: 929051 - CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 7A - PR

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 28/02/2025

Situação: Revogada

Data de início de recebimento de propostas: 18/03/2025 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 01/04/2025 10:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 07863214000130-1-000006/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de empresa operadora de Plano de Assistência à Saúde e/ou Odontológica, na modalidade Coletivo Empresarial, com abrangência Nacional, sem carência e sem limite de idade para os funcionários do CRBio-07 e seus dependentes.

<https://pncp.gov.br/app/editais/07863214000130/2025/6>

Prazo de vigência: 1.5. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

Reajuste: 7.2. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

Edital nº 90009/2025

Última atualização 25/02/2025

Local: Porto Alegre/RS

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5A. REGIAO

Unidade compradora: 930958 - CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 5ª REGIAO

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 25/02/2025

Situação: Deserto

Data de início de recebimento de propostas: 25/02/2025 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 17/03/2025 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 13738204000176-1-000015/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de operadora de planos de assistência médico-hospitalar e/ou ambulatoriais, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento, exames complementares e serviços auxiliares, na modalidade de contratação coletivo empresarial, de abrangência em todo o território Nacional, sem carência para procedimentos de urgência e emergência, sem limite de idade e com coparticipação aos colaboradores do Conselho Regional de Biomedicina da 5ª Região.

<https://pncp.gov.br/app/editais/13738204000176/2025/15>

Prazo de vigência: 1.3. O prazo de vigência da contratação é de 60 meses podendo ser prorrogado até o limite de 10 anos, conforme Lei Federal 14.133/2021.

Reajuste: 7.1. Os preços inicialmente contratados são fixos e irrealizáveis no prazo de um ano contado do primeiro dia útil após a assinatura do contrato.

7.1.1. Não haverá alteração de valores com periodicidade inferior a um ano, conforme exige o §1º e o §3º do art. 2º da Lei nº 10.192/2001, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária do beneficiário assistido ou aumento/redução do quantitativo de beneficiários.

7.1.2. No mês subsequente ao aniversário do beneficiário que atinja a idade limite de cada faixa, automaticamente, esse será inserido na faixa seguinte, prevalecendo, por consequência, a mensalidade da respectiva faixa etária.

7.1.3. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do índice vigente IPCA Saúde, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

7.1.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

7.2. No caso de atraso ou não divulgação do(s) índice (s) de reajustamento, o contratante pagará ao contratado a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja(m) divulgado(s) o(s) índice(s) definitivo(s).

7.3. Nas aferições finais, o(s) índice(s) utilizado(s) para reajuste será(ão), obrigatoriamente, o(s) definitivo(s).

7.4. Caso o(s) índice(s) estabelecido(s) para reajustamento venha(m) a ser extinto(s) ou de qualquer forma não possa(m) mais ser utilizado(s), será(ão) adotado(s), em substituição, o(s) que vier(em) a ser determinado(s) pela legislação então em vigor.

7.5. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

7.6. O reajuste será realizado por apostilamento.

7.7. Para fins de repactuação, além do índice disposto no parágrafo anterior será utilizado o índice de sinistralidade (R1), o qual será aplicado quando a fórmula abaixo ultrapassar 70%:

$$R1 = ((\Sigma \text{Despesas}) / (\Sigma \text{Receitas})) / SM - 1$$

Onde:

Σ Despesas = soma das despesas assistenciais dos últimos 12 meses;

Σ Receitas = soma das mensalidades dos últimos 12 meses;

SM = sinistralidade máxima esperada

7.7.1. A CONTRATADA deverá informar à CONTRATANTE, a comprovação da variação dos custos, na forma acima indicada e o percentual a ser aplicado sobre as mensalidades.

Edital nº 90018/2025

Última atualização 19/03/2025

Local: Porto Alegre/RS

Órgão: CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5A. REGIAO

Unidade compradora: 930958 - CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 5ª REGIAO

Modalidade da contratação: Pregão - Eletrônico

Amparo legal: Lei 14.133/2021, Art. 28, I

Tipo: Edital

Modo de disputa: Aberto

Registro de preço: Não

Data de divulgação no PNCP: 19/03/2025

Situação: Divulgada no PNCP

Data de início de recebimento de propostas: 19/03/2025 08:00 (horário de Brasília)

Data fim de recebimento de propostas: 02/04/2025 08:00 (horário de Brasília)

Id contratação PNCP: 13738204000176-1-000017/2025

Fonte: Compras.gov.br

Objeto:

Contratação de operadora de planos ou seguros de assistência médico-hospitalar e/ou ambulatoriais, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento, exames complementares e

serviços auxiliares, na modalidade de contratação coletivo empresarial, de abrangência em todo território nacional, sem limite de idade e com coparticipação, aos colaboradores do Core-SP.

<https://pncp.gov.br/app/editais/13738204000176/2025/17>

Prazo de vigência: 1.3. O prazo de vigência da contratação é de 60 meses podendo ser prorrogado até o limite de 10 anos, conforme Lei Federal 14.133/2021.

Reajuste: 7.1. Os preços inicialmente contratados são fixos e irreeajustáveis no prazo de um ano contado do primeiro dia útil após a assinatura do contrato.

7.1.1. Não haverá alteração de valores com periodicidade inferior a um ano, conforme exige o §1º e o §3º do art. 2º da Lei nº 10.192/2001, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária do beneficiário assistido ou aumento/redução do quantitativo de beneficiários.

7.1.2. No mês subsequente ao aniversário do beneficiário que atinja a idade limite de cada faixa, automaticamente, esse será inserido na faixa seguinte, prevalecendo, por consequência, a mensalidade da respectiva faixa etária.

7.1.3. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido do contratado, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pelo contratante, do índice vigente IPCA Saúde, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

7.1.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

7.2. No caso de atraso ou não divulgação do(s) índice (s) de reajustamento, o contratante pagará ao contratado a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja(m) divulgado(s) o(s) índice(s) definitivo(s).

7.3. Nas aferições finais, o(s) índice(s) utilizado(s) para reajuste será(ão), obrigatoriamente, o(s) definitivo(s).

7.4. Caso o(s) índice(s) estabelecido(s) para reajustamento venha(m) a ser extinto(s) ou de qualquer forma não possa(m) mais ser utilizado(s), será(ão) adotado(s), em substituição, o(s) que vier(em) a ser determinado(s) pela legislação então em vigor.

7.5. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

7.6. O reajuste será realizado por apostilamento.

7.7. Para fins de repactuação, além do índice disposto no parágrafo anterior será utilizado o índice de sinistralidade (R1), o qual será aplicado quando a fórmula abaixo ultrapassar 70%:

$$R1 = ((\Sigma \text{Despesas}) / (\Sigma \text{Receitas})) / SM - 1$$

Onde:

Σ Despesas = soma das despesas assistenciais dos últimos 12 meses;

Σ Receitas = soma das mensalidades dos últimos 12 meses;

SM = sinistralidade máxima esperada

7.7.1. A CONTRATADA deverá informar à CONTRATANTE, a comprovação da variação dos custos, na forma acima indicada e o percentual a ser aplicado sobre as mensalidades.

6. Descrição da solução como um todo

6.1. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

6.1.1. Homologação da licitação pela Autoridade Competente do Core-SP;

6.1.2. Assinatura do contrato;

6.1.3. Emissão e entrega dos cartões de identificação do beneficiário e/ou dependente do plano de saúde e/ou odontológico;

6.1.4. Garantir a liberação de informações e assegurar aos beneficiários a disponibilização e acessibilidade a manuais, documentos e/ou meios equivalentes que comprovem a existência de uma ampla e capacitada rede de atendimento por parte da rede credenciada da licitante vencedora. Em geral, esse acesso é fornecido por meio de aplicativo, telefone (0800) e/ou site, permitindo a utilização de filtros de pesquisa por localização, especialidade e outros parâmetros.

6.2. A execução dos serviços será iniciada a partir da assinatura do contrato, considerando similar ou equivalente ao atual Plano de Saúde, na forma que segue:

6.2.1. Rede nacional + ambulatorial + hospitalar + obstetrícia, com acomodação em quarto privativo.

6.2.2. Fica a critério exclusivo do Core-SP a definição e a estipulação dos quantitativos de servidores/dependentes a serem gerados durante a vigência do contrato, inseridos no valor global da verba orçamentária disponível.

6.2.3. Será facultado aos funcionários do Core-SP a adesão ao plano oferecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, objeto desta Licitação, que se dará na forma estabelecida neste item.

6.2.4. A adesão dos Beneficiários Dependentes dar-se-á no mesmo plano do respectivo Beneficiário Titular, oferecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, cabendo à CONTRATANTE arcar com a responsabilidade do pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano contratado.

6.2.5. A inclusão do empregado e de seus dependentes no Plano de Saúde far-se-á mediante manifestação expressa.

6.2.6. Na oportunidade do pedido de inclusão o empregado preencherá a “declaração de saúde”, em formulário a ser fornecido pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

6.2.7. O Plano deverá ter abrangência NACIONAL, e dispor de atendimento ambulatorial e hospitalar com internação em padrão apartamento individual com banheiro privativo, inclui-se direito à acompanhante permanente.

6.3. DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS COBERTOS E NÃO COBERTOS

6.3.1. Os procedimentos médicos a serem cobertos pelo Plano Privado de Assistência à Saúde são aqueles que constam do Rol de Procedimentos Médicos definidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS), devendo ainda ser observadas as seguintes exigências:

6.3.2. PARA A COBERTURA AMBULATORIAL

6.3.2.1. Cobertura de consultas e sessões médicas, em número ilimitado e sem prévia autorização ou parecer médico, nas clínicas básicas e especializadas e/ou consultórios médicos, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina ou Associação Médica Brasileira;

6.3.2.2. Cobertura de serviços de apoio ao diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, sem limitação de quantidade, prazos e/ou custo, inclusive fisioterapia, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

6.3.2.3. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;

6.3.2.4. Cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

6.3.2.5. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

6.3.2.6. Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

6.3.2.7. Quimioterapia ambulatorial;

6.3.2.8. Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);

6.3.2.9. Hemoterapia ambulatorial;

6.3.2.10. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, previstas no rol de procedimentos da ANS;

6.3.2.11. Cobertura de todas as ações necessárias à prevenção de doença e/ou à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, com cobertura médico hospitalar e ambulatorial, compreendendo consulta médica (em hospitais, clínicas e consultórios), cirurgia, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, pronto-socorro, hospitalização, assistência ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva, serviço complementar de diagnóstico, e tratamento de rotina e especializado.

6.4. PARA A COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6.4.1. Cobertura de internações hospitalares, em clínicas básicas e especializadas, inclusive para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor máximo e/ou quantidade;

6.4.2. A cobertura para doenças psiquiátricas dar-se-ão de acordo com as leis vigentes, Resolução CONSU nº 11 e Lei 9656/98 da ANS, ou normativa atualizada ou que a substitua.

6.4.3. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

6.4.4. Cobertura das despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para pacientes internados, vedadas quaisquer limitações;

6.4.5. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o 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, vedadas quaisquer limitações;

6.4.6. Cobertura de toda e qualquer taxa, despesa e valores, incluídos os materiais utilizados relativamente à internação hospitalar, inclusive com a remoção do paciente, quando solicitada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Contrato, em território brasileiro; Remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano de saúde, em território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;

6.4.7. Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento hospitalar da rede referenciada ou outro estabelecimento, de livre escolha do beneficiário e do médico responsável, em comum acordo.

6.4.8. Se a remoção for apenas por vontade da empresa licitante vencedora, não é permitida a remoção do paciente, sendo obrigatória a sua manutenção até a alta hospitalar definida pelo médico.

6.4.9. Cobertura de despesas de acompanhante.

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

6.4.11. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

6.4.12. Quimioterapia;

6.4.13. Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

6.4.14. Hemoterapia;

6.4.15. Nutrição parenteral ou enteral;

- 6.4.16. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 6.4.17. Embolizações e radiologia intervencionista;
- 6.4.18. Exames pré-anestésicos ou pré cirúrgicos;
- 6.4.19. Fisioterapia;
- 6.4.20. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.
- 6.4.21. Cobertura de todos os procedimentos relativos ao pré-natal, parto e assistência ao parto, observadas as seguintes exigências:
- 6.4.22. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto. O atendimento, neste caso, dar-se-á com a apresentação do cartão de identificação de qualquer dos genitores.
- 6.4.23. Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.
- 6.4.24. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, em caso de urgência e emergência, e também em casos eletivos, desde que encaminhadas e acompanhadas por médico assistente.
- 6.4.25. A cobertura referida neste item englobará toda a despesa hospitalar, inclusive com o anestesista e o médico assistente.
- 6.4.26. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, sem prejuízo das demais hipóteses previstas no contrato;
- 6.4.27. Cobertura de cirurgia plástica reparadora, nos casos de deformidades congênicas ou adquiridas por doenças desfigurantes, ou ainda, em casos de lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica da doença, inclusive de traumatismo, provenientes de acidentes ou intervenções cirúrgicas solicitadas por médico assistente.
- 6.4.28. Nos casos de transplante de rim, córnea e medula óssea, serão cobertas as despesas com seus procedimentos vinculados, assim entendidos:
- 6.4.29. As despesas assistenciais com doadores vivos;
- 6.4.30. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- 6.4.31. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- 6.4.32. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

6.4.33. O usuário-candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deve estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

6.4.34. Cobertura para os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas consequências e para moléstias profissionais.

6.4.35. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:

6.4.36. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso “off-label”);

6.4.37. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

6.4.38. Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

6.4.39. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

6.4.40. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados não nacionalizados: são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

6.4.41. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; ressalvado o disposto nas alíneas “c” do inciso I e “g” do inciso II do art. 12 da Lei 9.656/98; medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

6.4.42. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- 6.4.43. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 6.4.44. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 6.4.45. Procedimentos Odontológicos, ainda que decorrentes de acidentes pessoais, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 6.4.46. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 6.4.47. Tratamentos em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 6.4.48. Transplantes de órgãos, com exceção dos de córneas, rins e transplante medula óssea (autólogo e alogênico) listados no rol de procedimentos da ANS vigente à época do evento;
- 6.4.49. Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade;
- 6.4.50. Atos cirúrgicos objetivando a mudança de sexo;
- 6.4.51. Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

6.5. DA ABRANGÊNCIA DO PLANO

- 6.5.1. A abrangência dos serviços deverá ser em nível nacional, por intermédio de rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.
- 6.5.2. No âmbito nacional, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá prestar atendimento, nos principais hospitais gerais onde deverá ser disponibilizado pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA todo o tipo de atendimento e procedimentos previstos pela legislação, e aplicáveis aos planos de saúde.

6.6. DA REDE DE ATENDIMENTO

- 6.6.1. Os serviços serão prestados pela rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada em número razoável de prestadores de serviços, incluindo, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e prontos-socorros.
- 6.6.2. Deverão ser ou estar credenciados, dentre os hospitais que prestarão serviços aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, consideradas no mínimo, unidades que atendam a quaisquer procedimentos (exames, cirurgias, consultas) relacionados a todas as doenças previstas no CID, observado o rol de procedimentos em vigor.
- 6.6.3. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá comprovar, sob pena de desclassificação de sua proposta, que possui estrutura hospitalar razoável e compatível de atendimento aos funcionários do Core-SP por meio de guia de serviços de saúde, o qual será analisado pela Equipe de Apoio do Pregoeiro na fase de aceitação da Proposta.

6.6.4. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá manter atualizada a guia de serviços, de rede credenciada e referenciada.

6.6.5. Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá garantir atendimento em:

6.6.6. Prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

6.6.7. Prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

6.6.8. Sendo o usuário menor de 18 anos e maior de 60 anos, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá arcar também com custos do acompanhante, na forma aqui prevista.

6.6.9. Na inexistência de prestadores, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados. A escolha do meio de transporte fica a critério da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário;

6.6.10. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá manter e, se possível, aumentar a quantidade da rede de atendimento contratada visando melhorar a qualidade dos serviços prestados.

6.6.11. A inclusão como referenciados ou credenciados da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata, implica compromisso para com os usuários consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência do Contrato. É facultada, no entanto, a sua substituição por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência (ressalvada as hipóteses de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor ou ainda quando o descredenciamento for solicitado pelo próprio referenciado ou credenciado).

6.6.12. Na hipótese de ocorrer descredenciamento durante internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

6.6.13. Em caso de substituição de estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantida a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário, bem como tomará todas as providências a fim de assegurar a integridade do beneficiário.

6.6.14. Nas internações, os beneficiários poderão optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, desde que assumam a diferença de preço hospitalar e da complementação dos honorários médicos, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.

6.6.15. A substituição de entidade hospitalar só poderá ser feita por outra equivalente mediante autorização prévia da ANS e comunicação ao Core-SP, salvo se ocorrer por pedido da entidade hospitalar credenciada.

6.7. DAS EXIGÊNCIAS DO PLANO

6.7.1. O Plano Privado de Assistência à Saúde (PPAS), a ser contratado é o AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

6.7.2. A internação será realizada em acomodações compatíveis ao plano em que o beneficiário estiver incluso, com direito à acompanhante.

6.7.3. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, é garantido ao usuário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

6.7.4. DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO E DOS SERVIÇOS

6.7.5. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde as especialidades médicas e serviços nas condições abaixo descritas, observando-se, ainda, a Lei nº. 9.656, de 03/06/98 e suas alterações, bem como as resoluções do CONSU/ANS, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional:

6.7.6. Assistência médica nas especialidades a seguir relacionadas:

6.7.7. Acupuntura;

6.7.8. Alergologia e Imunologia;

6.7.9. Anatomia e Patologia;

6.7.10. Anestesista;

6.7.11. Angiologia;

6.7.12. Bronco Esofagologia;

6.7.13. Cardiologia;

6.7.14. Cirurgia de cabeça e pescoço e buco-maxilo-facial;

6.7.15. Cirurgia cardiovascular;

6.7.16. Cirurgia endocrinológica;

6.7.17. Cirurgia Gastroenterológica;

6.7.18. Cirurgia geral;

6.7.19. Cirurgia de mão;

6.7.20. Cirurgia oftalmológica: inclusive as cirurgias corretivas (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, facectomia) nos termos da legislação vigente;

6.7.21. Cirurgia Pediátrica;

6.7.22. Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética (incluindo mamoplastia);

6.7.23. Cirurgia Torácica;

6.7.24. Cirurgia Urológica;

6.7.25. Cirurgia Vascular Periférica;

6.7.26. Clínica Médica;

6.7.27. Coloproctologia;

- 6.7.28. Dermatologia;
- 6.7.29. Endocrinologia e Metabologia;
- 6.7.30. Fisiatria;
- 6.7.31. Foniatria;
- 6.7.32. Gastroenterologia;
- 6.7.33. Geriatria e Gerontologia;
- 6.7.34. Ginecologia;
- 6.7.35. Hematologia;
- 6.7.36. Hepatologia
- 6.7.37. Homeopatia;
- 6.7.38. Imunologia;
- 6.7.39. Infectologia;
- 6.7.40. Mastologia;
- 6.7.41. Mamoplastia não estética;
- 6.7.42. Medicina intensiva;
- 6.7.43. Medicina Nuclear;
- 6.7.44. Nefrologia;
- 6.7.45. Nefrologia pediátrica;
- 6.7.46. Neonatologia;
- 6.7.47. Neurologia;
- 6.7.48. Neurocirurgia;
- 6.7.49. Obstetrícia;
- 6.7.50. Oftalmologia;
- 6.7.51. Oncologia;
- 6.7.52. Ortopedia e Traumatologia, inclusive materiais e aparelhos ortopédicos (pinos, parafusos, platinas), próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico;
- 6.7.53. Otorrinolaringologia;
- 6.7.54. Pediatria;
- 6.7.55. Pneumologia;
- 6.7.56. Psicoterapia;
- 6.7.57. Psiquiatria, consultas e tratamento ambulatoriais, inclusive internamento;
- 6.7.58. Radioterapia;
- 6.7.59. Radioisótopos e cintilografia;
- 6.7.60. Reumatologia;
- 6.7.61. Traumatologia;
- 6.7.62. Urologia;
- 6.7.63. Além das especialidades médicas e cirúrgicas acima relacionadas 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).
- 6.7.64. Cobertura dos serviços e procedimentos médicos (inclusive cirurgia) e exames complementares, divididos em básicos e especiais, conforme relação a seguir:

- 6.7.65. Básicos:
- 6.7.66. Análise clínica laboratorial;
- 6.7.67. Histocitopatologia;
- 6.7.68. Anatomopatológico, patologia clínica, citopatologia e colposcopia;
- 6.7.69. Eletrocardiograma convencional;
- 6.7.70. Eletroencefalograma convencional;
- 6.7.70.1. Exames radiológicos simples sem contraste.
- 6.7.71. Especiais:
- 6.7.72. Amniocentese/Coriocentese;
- 6.7.73. Audiometria com impedanciometria;
- 6.7.74. Audiometria ocupacional;
- 6.7.75. Biópsia renal;
- 6.7.76. Cateterização de uréter;
- 6.7.77. Cauterização;
- 6.7.78. Citoscopia;
- 6.7.79. Colocação de gesso e similares;
- 6.7.80. Densitometria Óssea;
- 6.7.81. Diálise peritoneal para agudos e crônicos;
- 6.7.82. Diálise peritoneal contínua;
- 6.7.83. Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, mapeamento cerebral e eletroencefalograma para monitorização de crises;
- 6.7.84. Eletromiografia;
- 6.7.85. Embolizações e radiologia intervencionista;
- 6.7.86. Endoscopia digestiva e peroral;
- 6.7.87. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 6.7.88. Exames invasivos de cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
- 6.7.89. Exames não invasivos de cardiologia: eletrocardiograma convencional e dinâmico Holter, M.A.P.A. (mapeamento ambulatorial da pressão arterial), testes ergométricos e “Tilt Test”;
- 6.7.90. Fisioterapia;
- 6.7.91. Fonoaudiologia;
- 6.7.92. Fluoresceinografia;
- 6.7.93. Gasoterapia;
- 6.7.94. Hemodiálise para agudos e crônicos;
- 6.7.95. Hemoterapia;
- 6.7.96. Implante de catéter para hemodiálise;
- 6.7.97. Implante de catéter para diálise peritoneal;
- 6.7.98. Inaloterapia, inclusive urgência;
- 6.7.99. Laparoscopia;
- 6.7.100. Laserterapia (foto eletrocoagulação da retina com laser);
- 6.7.101. Litotripsia extracorpórea e enoscópica para vias urinárias;
- 6.7.102. Material de osteossíntese (tais como: placas, parafusos e pinos);
- 6.7.103. Medicina nuclear (diagnóstica e terapêutica);
- 6.7.104. Nutrição parenteral ou enteral;
- 6.7.105. Ortóptica;
- 6.7.106. Pequenas cirurgias ambulatoriais;

- 6.7.107. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 6.7.108. Procedimentos obstétricos;
- 6.7.109. Psicologia;
- 6.7.110. Próteses intraoperatórias;
- 6.7.111. Prova de função pulmonar;
- 6.7.112. Punção lombar;
- 6.7.113. Quimioterapia;
- 6.7.114. Radiodiagnóstico (demais exames radiológicos intervencionistas ou não);
- 6.7.115. Radiologia com contraste e intervencionista;
- 6.7.116. Radiologia Intervencionista;
- 6.7.117. Radioterapia, incluindo megavoltagen, cobaltoterapia, césioterapia, eletroterapia, radioimagem, radioimplante e braquiterapia;
- 6.7.118. Ressonância magnética;
- 6.7.119. Tomografia computadorizada;
- 6.7.120. Transfusão de sangue e seus derivados;
- 6.7.121. Tratamento de varizes por esclerosantes;
- 6.7.122. Ultra-sonografia;
- 6.7.123. Outros procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas ou que venham a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA de plano de saúde.
- 6.7.124. Os exames listados neste subitem não excluirão a realização de outros reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, e constantes no rol de procedimentos da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA e no Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS, os quais deverão ser utilizados sem limite de número, para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica.

6.8. DAS INCLUSÕES E DAS EXCLUSÕES.

- 6.8.1. Os titulares serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:
- 6.8.2. Por falecimento;
- 6.8.3. Por demissão, não optantes pela continuidade pelo artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- 6.8.4. Por aposentadoria, não optantes pela continuidade pelo artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98;
- 6.8.5. Quando solicitado pelo titular.
- 6.8.6. Os dependentes serão excluídos do plano de assistência à saúde nos seguintes casos:
- 6.8.7. Por falecimento;
- 6.8.8. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- 6.8.9. Quando não mais se enquadrar nas disposições constantes nos itens “6.8.2.”, “6.8.3. ”, “6.8.4. ” do item “6.8.1 ” deste documento;
- 6.8.10. Quando solicitado pelo titular ao qual estiver vinculado.
- 6.8.11. Em caso de exclusão de usuário do Plano de Saúde, o Core-SP comunicará o fato, imediatamente, à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, cessando desta forma, qualquer responsabilidade do Core-SP pelo uso indevido de qualquer serviço oferecido.

6.8.12. O Setor de Recursos Humanos do Core-SP encaminhará à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, a lista do grupo inicial a ser inscrito no Plano, devendo a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, no prazo de 10 (dez) dias úteis, encaminhar os respectivos documentos de identificação.

6.8.13. As inclusões serão encaminhadas pelo Core-SP até o dia 5 (cinco) de cada mês, ou em outra data a ser definida previamente pelo Setor de RH, devendo a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA encaminhar os documentos de identificação até o primeiro dia do mês subsequente ao pedido de inclusão.

6.8.14. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, inclusive para inclusões, exclusões e manutenção dos beneficiários no plano.

6.8.15. Remissão por Morte do beneficiário Titular, será assegurada nas condições abaixo:

6.8.16. Esta cobertura garante, sem pagamento de prêmio, a permanência no plano de saúde, por 1 (um) ano, ou pelo prazo negociado entre as partes e previsto na proposta da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, das seguintes pessoas, desde que estejam inscritas como dependente no plano, à época do óbito do beneficiário titular:

6.8.17. Cônjuge;

6.8.18. Companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

6.8.19. Filhos solteiros (naturais, adotivos ou enteados) com até 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (dias);

6.8.20. Filhos inválidos de qualquer idade, assim considerados aqueles elegíveis para efeito da declaração do Imposto de Renda do beneficiário o titular.

6.8.21. Esta cobertura será concedida desde que:

6.8.22. O falecimento do beneficiário Titular tenha decorrido de evento passível de cobertura pelo plano de saúde;

6.8.23. A cobertura não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento de algum prêmio;

6.8.24. O vínculo esteja mantido na data do falecimento, e que possa ser comprovado.

6.8.25. O benefício da remissão não implicará dispensa dos prazos de carência que estejam sendo cumpridos pelos beneficiários.

6.8.26. O dependente que atender aos requisitos perderá o benefício da remissão nas seguintes situações:

6.8.27. Quando o beneficiário atingir a idade de 18 (dezoito) anos, desde que não seja filho inválido, assim considerado aquele elegível para efeito da declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular, ainda que isto ocorra durante o período de gozo da remissão;

6.8.28. Após o decurso do período de remissão; ou

6.8.29. Se verificada a ocorrência de qualquer das situações previstas, ainda que ocorra durante o período de gozo da remissão.

6.8.30. Não terão direito à cobertura especial de remissão os beneficiários dependentes que, apesar de se enquadrarem na condição definida, tenham sido incluídos no contrato nos 12 (doze) meses anteriores ao falecimento do beneficiário Titular, salvo se:

6.8.31. A morte do beneficiário titular tiver decorrido de acidente pessoal;

6.8.32. O beneficiário dependente, que seja o filho do titular falecido, tenha nascido ou sido efetivamente adotado nesses 12 (doze) meses ou após a data de seu óbito;

6.8.33. Cônjuge comprovadamente elegível nesse período e incluído no prazo previsto. Enquanto perdurar o benefício da remissão, não serão admitidas alterações no contrato do grupo remido.

6.8.34. Se tiver ocorrido aumento no padrão de plano de saúde nos 12 (doze) meses anteriores à morte do titular, a utilização do plano de saúde, durante o período de remissão, será indenizada ou reembolsada com base nos níveis de coberturas anteriores ao referido aumento, a não ser que o falecimento tenha decorrido de acidente pessoal.

6.8.35. O Core-SP encaminhará o atestado de óbito do titular no prazo de até 20 (vinte) dias da data do evento para a alteração da categoria dos usuários-dependentes para titulares, e serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo titular.

6.8.36. Os filhos recém-nascidos de usuários titulares terão cobertura dentro do plano do titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, devendo ser inscritos no plano dentro deste prazo.

6.8.37. O filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, com idade inferior a 12 anos, deve ser inscrito no plano no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do evento.

6.8.38. Não haverá exclusão por doença e lesões pré-existentes.

6.8.39. É de responsabilidade do Core-SP informar à EMPRESA LICITANTE VENCEDORA as exclusões dentro dos prazos contratuais.

6.9. DAS CARÊNCIAS, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

6.9.1. Em virtude do plano de assistência à saúde ser contratado pelo regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes superior a 29 (vinte e nove), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos usuários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, bem como dos novos servidores, inscritos até 30 dias da data de admissão junto a este Core-SP, e de seus dependentes.

6.9.2. Ficam excluídos de quaisquer carências:

6.9.3. Aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, nos termos do objeto desta licitação, após a assinatura do Contrato, em função de nascimento, adoção, casamento, união estável, guarda, tutela definitiva, etc., desde que manifestada a opção pela inclusão em até 30 (dias) dias contados da:

6.9.4. Data de entrada em exercício do beneficiário titular do Core-SP;

6.9.5. Data de nascimento do beneficiário dependente. Os filhos recém-nascidos, bem como o filho adotivo ou reconhecido, enteado, ou menor sob guarda ou tutela, menor de doze anos de idade, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular, desde que inscritos nos prazos estabelecidos neste Termo de Referência;

6.9.6. Data do casamento do beneficiário titular para a inclusão do cônjuge, bem como os companheiros que tenham reconhecido sua união em cartório;

6.9.7. Caso seja necessária nova inclusão do usuário titular ou dependente no período de 30 (trinta) dias, após a data do pedido de exclusão, serão reaproveitadas as carências já cumpridas.

6.9.8. Os dependentes já inscritos que tiverem sua categoria alterada em virtude de morte do titular, desde que o Core-SP solicite a alteração no prazo de 20 (vinte) dias da data do atestado de óbito, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo titular.

6.9.9. Aos usuários que não aderirem automaticamente ao plano no ato da contratação, de acordo com a RN nº 195 da ANS e suas atualizações, ou nos prazos previstos neste Termo, poderão ser exigidos os seguintes períodos de carência:

6.9.10. Os períodos de carência para as Coberturas contratadas são:

6.9.11. Inexistente - Para eventos cobertos resultantes de acidente ocorrido durante a vigência do plano de saúde; para os filhos do beneficiário Titular nascidos durante a vigência do contrato do plano de saúde e incluídos até o trigésimo dia contado a partir da data do nascimento;

6.9.12. De 24 horas - Para atendimentos de urgências ou emergências, em qualquer unidade de atendimento;

6.9.13. De 30 dias - Para consultas médicas; exames complementares, não relacionados na letra “d” abaixo; remoção inter-hospitalar;

6.9.14. De 90 dias - Para os seguintes exames complementares: artroscopia; potencial evocado; diagnose oftalmológica; holter de pressão; medicina nuclear; nistagmografia; colonoscopia; retossigmoidoscopia; ecocardiografia; endoscopia digestiva alta, per oral, ou urológica; eletrococleografia; audiometria cortical; ergometria; holter; mamografia; xeromamografia; cintilografia; provas de função pulmonar; ultrassonografia; angiografia; arteriografia; biópsia dirigida por ultrassom; hemodinâmica; densitometria óssea; eletroneuromiografia; eletromiografia; mielografia; neuro-radiologia; radiologia intervencionista; tomografia computadorizada; ressonância magnética; urodinâmica; laparoscopia;

6.9.15. De 180 dias - Para Cirurgias ambulatoriais com anestesia local (porte zero); para Terapias; para Vacinas preventivas; para Remoções; para internações cirúrgicas eletivas na seguinte especialidade: Dermatologia; Cirurgia do Aparelho Digestivo, bem como cirurgias da

parede abdominal ou órgãos anexos; Cirurgia de mão, Otorrinolaringologia ou Urologia; Videolaparoscopia; Oftalmologia; Cirurgia Vascular e Linfática, Cirurgia Cardíaca, Cabeça e Pescoço, Mama, Cirurgia Torácica, Cirurgia Endocrinológica, Ginecologia, Microcirurgia Reconstructiva, Neurocirurgia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia ou Plástica Reparadora; Transplantes, Implantes ou Reimplantes; Doenças Congênitas; Internações para complicações da Gravidez ou Parto prematuro; Internações decorrentes de transtornos psiquiátricos ou por uso de substância química;

6.9.16. De 300 dias - Para internações decorrentes de Parto a termo.

6.9.17. De 720 dias – Para doenças pré-existentes

6.10. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

6.10.1. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA poderá estabelecer relação de procedimentos, para os quais haverá a necessidade de Autorização prévia da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, exceto em casos caracterizados como atendimento de urgência e emergência.

6.10.2. Para o usuário que estiver em qualquer localidade e desejar realizar procedimentos que necessitem de autorização da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, a unidade local integrante da rede referenciada deverá garantir o atendimento integral das coberturas estabelecidas na Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011 e alterações.

6.10.3. O usuário deverá realizar todos os procedimentos cobertos pelo plano de assistência à saúde na rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA, exceto para o atendimento de situações caracterizadas como de urgência ou emergência, em que, em virtude da emergência e/ou urgência, o atendimento não seja realizado pela rede de atendimento da EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

6.11. DO REEMBOLSO

6.11.1. Obriga-se a EMPRESA LICITANTE VENCEDORA a custear, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do beneficiário, as despesas relativas à cobertura assistencial, médica, ambulatorial e hospitalar, quando necessárias para o tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, e obedecido ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento. A cobertura corresponde à segmentação assistencial Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia observada e respeitada a abrangência geográfica, inclusive nos casos de reembolso pela utilização da livre escolha de prestadores de serviço. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência geográfica contratada, será garantido independentemente do local de origem do evento.

6.11.2. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA custeará, conforme previsto na presente cláusula os procedimentos e eventos cobertos, desde que executados por profissional de saúde habilitado e que atenda aos critérios de referenciamento e de reembolso adotados pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA.

6.11.3. Nos termos e limites do contrato, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do beneficiário, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na abrangência geográfica e área de atuação contratadas e constantes da proposta do plano de saúde.

6.11.4. Quando o beneficiário utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da rede referenciada do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, será sempre feito por reembolso ao beneficiário, para eventos cobertos pelo plano de saúde, de acordo com os limites estabelecidos no contrato e desde que o prestador esteja localizado na abrangência geográfica e área de atuação contratadas, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede credenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

6.11.5. Fica estabelecido o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento de reembolso devido pelo presente contrato de plano de saúde, inclusive nos casos de urgência e emergência, contados a partir do recebimento pela EMPRESA LICITANTE VENCEDORA da documentação adequada, estipulada nestas Condições Gerais.

6.11.6. Caso a documentação não contenha todos os documentos, ou ainda em caso de inexistência dos referidos documentos, a Empresa Licitante vencedora poderá pedir informações complementares, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação pelo beneficiário.

6.11.7. Após a entrega dos documentos por parte do beneficiário, a Empresa Licitante Vencedora terá um novo prazo, de até 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso.

6.11.8. O beneficiário deverá observar o prazo máximo para apresentação dos pedidos de reembolso, que é de 1 (um) ano a partir da data de ocorrência do evento, conforme previsto no Código Civil Brasileiro, em seu artigo 206.

6.12. DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

6.12.1. A EMPRESA LICITANTE VENCEDORA deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

6.13. DO PLANO ODONTOLÓGICO

6.13.1. O valor mensal é pago por vida, sem qualquer tipo de coparticipação adicional quando da utilização dos serviços pelos beneficiários. O reajuste se dá após 12 meses, conforme contrato (e.g., índice de inflação, sinistralidade), na modalidade de pré-pagamento, sem coparticipação.

6.13.2. Quantidade de vidas mencionada é estimada, podendo ser alterada em razão de novas contratações ou de desligamento de empregados, bem como de seus dependentes, considerando também a livre opção de adesão do empregado.

6.13.3. Rol Mínimo de Procedimentos Odontológicos:

1. Cirurgia

- 1.1. Alveoloplastia
- 1.2. Amputação radicular com obturação retrógrada
- 1.3. Amputação radicular sem obturação retrógrada
- 1.4. Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
- 1.5. Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
- 1.6. Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
- 1.7. Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
- 1.8. Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
- 1.9. Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
- 1.10. Aprofundamento/aumento de vestibulo
- 1.11. Biópsia de boca
- 1.12. Biópsia de glândula salivar
- 1.13. Biópsia de lábio
- 1.14. Biópsia de língua
- 1.15. Biópsia de mandíbula
- 1.16. Biópsia de maxila
- 1.17. Bridectomia
- 1.18. Bridotomia
- 1.19. Cirurgia para exostose maxilar
- 1.20. Cirurgia para torus mandibular bilateral
- 1.21. Cirurgia para torus mandibular unilateral
- 1.22. Cirurgia para torus palatino
- 1.23. Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- 1.24. Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
- 1.25. Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
- 1.26. Diagnóstico e tratamento de halitose
- 1.27. Diagnóstico e tratamento de xerostomia
- 1.28. Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
- 1.29. Exérese ou excisão de cálculo salivar
- 1.30. Exérese ou excisão de cistos odontológicos
- 1.31. Exérese ou excisão de mucocele
- 1.32. Exérese ou excisão de rânula
- 1.33. Exodontia a retalho
- 1.34. Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
- 1.35. Exodontia de raiz residual
- 1.36. Exodontia simples de permanente
- 1.37. Frenulectomia labial, Frenulotomia lingual e labial
- 1.38. Odonto-seção
- 1.39. Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
- 1.40. Reconstrução de sulco gengivo-labial
- 1.41. Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
- 1.42. Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
- 1.43. Remoção de dentes inclusos - impactados
- 1.44. Remoção de dentes semi-inclusos - impactados
- 1.45. Remoção de odontomas

- 1.46. Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
- 1.47. Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
- 1.48. Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial
- 1.49. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- 1.50. Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilofacial
- 1.51. Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilo-facial
- 1.52. Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
- Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução

1.53. Ulectomia

1.54. Ulotomia

2. Dentística

- 2.1. Ajuste Oclusal por acréscimo
- 2.2. Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- 2.3. Capeamento pulpar direto
- 2.4. Faceta direta em resina fotopolimerizável
- 2.5. Remoção de trabalho protético
- 2.6. Restauração de amálgama - 1 face
- 2.7. Restauração de amálgama - 2 faces
- 2.8. Restauração de amálgama - 3 faces
- 2.9. Restauração de amálgama - 4 faces
- 2.10. Restauração em ionômero de vidro - 1 face
- 2.11. Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
- 2.12. Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
- 2.13. Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
- 2.14. Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
- 2.15. Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
- 2.16. Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
- 2.17. Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces

3. Diagnóstico

- 3.1. Consulta odontológica
- 3.2. Consulta odontológica inicial
- 3.3. Controle pós-operatório em odontologia
- 3.4. Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- 3.5. Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- 3.6. Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- 3.7. Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
- 3.8. Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico

4. Emergência

- 4.1. Colagem de fragmentos dentários
- 4.2. Consulta odontológica de Urgência
- 4.3. Consulta odontológica de Urgência 24 hs
- 4.4. Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- 4.5. Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
- Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilofacial
- 4.6. Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilofacial
- 4.7. Pulpectomia
- 4.8. Recimentação de trabalhos protéticos
- 4.9. Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)
- 4.10. Reembasamento de coroa provisória
- 4.11. Reimplante dentário com contenção
- 4.12. Remoção de dreno extra-oral
- 4.13. Remoção de dreno intra-oral
- 4.14. Restauração temporária - tratamento expectante
- 4.15. Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
- 4.16. Tratamento de alveolite
- 4.17. Tratamento de pericoronarite
- 4.18. Curativo de demora em endodontia
- 4.19. Preparo para núcleo intrarradicular, Pulpotomia
- 4.20. Remoção de corpo estranho intracanal
- 4.21. Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
- 4.22. Remoção de núcleo intrarradicular
- 4.23. Retratamento endodôntico birradicular
- 4.24. Retratamento endodôntico multirradicular
- 4.25. Retratamento endodôntico unirradicular
- 4.26. Tratamento de perfuração endodôntica
- 4.27. Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- 4.28. Tratamento endodôntico birradicular e tratamento endodôntico multirradicular
- 4.29. Tratamento endodôntico unirradicular

5. Odontopediatria

- 5.1. Adequação de Meio
- 5.2. Aplicação de carioestático
- 5.3. Aplicação de selante - técnica invasiva
- 5.4. Aplicação de selante de fóssulas e fissuras
- 5.5. Aplicação tópica de verniz fluoretado
- 5.6. Condicionamento em odontologia
- 5.7. Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
- 5.8. Controle de cárie incipiente
- 5.9. Coroa de acetato em dente decíduo

- 5.10. Coroa de acetato em dente permanente
- 5.11. Coroa de aço em dente decíduo
- 5.12. Coroa de aço em dente permanente
- 5.13. Coroa de policarbonato em dente decíduo
- 5.14. Coroa de policarbonato em dente permanente
- 5.15. Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica e estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
- 5.16. Exodontia simples de decíduo
- 5.17. Pulpotomia em Dente Decíduo
- 5.18. Remineralização dentária
- 5.19. Restauração atraumática em dente decíduo
- 5.20. Restauração atraumática em dente permanente
- 5.21. Tratamento endodôntico em dente decíduo

6. Periodontia

- 6.1. Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
- 6.2. Aumento de coroa clínica
- 6.3. Cirurgia odontológica a retalho
- 6.4. Cirurgia periodontal a retalho
- 6.5. Dessensibilização dentária
- 6.6. Gengivectomia
- 6.7. Gengivoplastia
- 6.8. Imobilização dentária em dentes decíduos
- 6.9. Imobilização dentária em dentes permanentes
- 6.10. Raspagem sub-gengival/alisamento radicular
- 6.11. Raspagem supra-gengival
- 6.12. Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- 6.13. Tratamento de abscesso periodontal agudo
- 6.14. Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA

7. Prevenção

- 7.1. Aplicação tópica de flúor
- 7.2. Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- 7.3. Atividade educativa em saúde bucal
- 7.4. Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
- 7.5. Controle de biofilme (placa bacteriana)
- 7.6. Profilaxia: polimento coronário
- 7.7. Teste de fluxo salivar

8. Prótese dentária

- 8.1. Coroa provisória com pino, Coroa provisória sem pino
- 8.2. Coroa total acrílica prensada
- 8.3. Coroa total em cerômero, Coroa total metálica

- 8.4. Núcleo de preenchimento
- 8.5. Núcleo metálico fundido
- 8.6. Pino pré-fabricado
- 8.7. Provisório para restauração metálica fundida
- 8.8. Restauração metálica fundida
- 8.9. Bloco em cerômero
- 9. Radiologia
 - 9.1. Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
 - 9.2. Radiografia interproximal - bite-wing
 - 9.3. Radiografia oclusal
 - 9.4. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) Radiografia periapical

10. Procedimentos Odontológicos além do rol mínimo:

10.1. CIRURGIA

- 10.1.1. Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos
- 10.1.2. Consulta de Especialista em Estomatologia
- 10.1.3. Redução de Tuberosidade
- 10.1.4. Remoção de corpo estranho no seio maxilar
- 10.1.5. Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

10.2. DENTÍSTICA

- 10.2.1. Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro
- 10.2.2. Núcleo de preenchimento para restauração
- 10.2.3. Restauração de pino

10.3. EMERGÊNCIA

- 10.3.1. Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM

10.4. ENDODONTIA

- 10.4.1. Clareamento de dente desvitalizado

10.5. ODONTOLOGIA LEGAL

- 10.5.1. Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria

10.6. ODONTOLOGIA INFANTIL

- 10.6.1. Adequação de Meio
- 10.6.2. Mantenedor de espaço fixo

- 10.6.3. Mantenedor de espaço removível

10.7. PERIODONTIA

- 10.7.1. Consulta de Especialista em Periodontia
- 10.7.2. Consulta e Raspagem sub-gengival com polimento radicular
- 10.7.3. Consulta e Raspagem Supra Gengival por Arcada (Manual e/ou Ultrassom) com profilaxia
- 10.7.4. Enxerto conjuntivo subepitelial
- 10.7.5. Enxerto gengival livre
- 10.7.6. Enxerto pediculado
- 10.7.7. Manutenção Periodontal
- 10.7.8. Sepultamento radicular

10.8. PREVENÇÃO

- 10.8.1. Consulta e Profilaxia por arcada
- 10.8.2. Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor)
- 10.8.3. Teste de capacidade tampão da saliva

10.8.4. Teste de contagem microbiológica

10.4.9. RADIOLOGIA

10.9.1. Discrepância de Modelos

10.9.2. Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodônticos

10.9.3. Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodônticos, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra

10.9.4. Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-bucais, 3 intra-bucais) Documentação

ortodôntica Especial: Documentação ortodôntica

completa mais tele frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares

10.9.5. Documentação ortodôntico ortopédica: panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo,

modelo de trabalho, análise de modelos, caixa

p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra bucais, perfil e lateralidade) ou slides (máximo 9)

10.9.6. Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra

bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)

10.9.7. Fotografia

10.9.8. Modelos de Trabalho

10.9.9. Modelos ortodônticos

10.9.10. Panorâmica + modelos ortodônticos

10.9.11. Panorâmica Especial para ATM

10.9.12. Radiografia da ATM

10.9.13. Radiografia da mão e punho - carpal

10.9.14. Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico Slide

10.9.15. Técnica de Localização radiográfica

10.9.16. Telerradiografia

10.9.17. Telerradiografia com traçado cefalométrico Traçado Cefalométrico.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

7.1. A estimativa das quantidades a serem contratadas está descrita no item **4. Descrição dos Requisitos da Contratação.**

7.2. As quantidades a serem adquiridas são de inteira responsabilidade dos demandantes, que devem ser justificadas em função do consumo e provável utilização, devendo a estimativa ser obtida, a partir de fatos concretos (Ex: série histórica do consumo - atendo-se a eventual ocorrência vindoura capaz de impactar o quantitativo demandado, criação de órgão, acréscimo de atividades, necessidade de substituição de bens atualmente disponíveis, etc).

7.3. A estimativa das quantidades a serem contratadas devem ser acompanhada das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte, considerando a interdependência com outras contratações, de modo a possibilitar economia de escala. (inciso V, art. 7º, IN 40/2020).

7.4. Outrossim, consta no D.O.D. nº 020/2025 da Coordenadoria Contábil Financeira a **justificativa da necessidade de contratação**, com as memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte, assim os respectivos agentes públicos são responsáveis em sede administrativa e judicial por tais documentos, ou ainda as devidas justificativas pela ausência no processo.

7.4.1. Ademais, a estimativa referente ao elemento de despesas 6.2.2.1.1.01.01.03.003 - Plano de Saúde teve como base o atual plano contratado, considerando um provável aumento no quadro de funcionários distribuídos de acordo com o percentual de idade. Em relação ao elemento 6.2.2.1.1.01.01.03.004 - Plano Odontológico, não há histórico anterior de contratação, foi considerado como base a pesquisa de preços da Contratação Direta Nº 40/2024.

Memória de cálculo:

Elemento de Despesa: 6.2.2.1.1.01.01.03.003 - Plano de Saúde								
Faixa Etária	Funcionários	Dependentes	%	Aumento de Quadro	Total	Valor Unit.	Valor Mensal	Valor Anual
00 - 18	0	28	0%	0	28	R\$ 697,54	R\$ 19.531,12	R\$ 234.373,44
19 - 23	1	5	2%	1	6	R\$ 847,80	R\$ 5.086,80	R\$ 61.041,60
24 - 28	4	3	6%	2	7	R\$ 1.047,05	R\$ 7.329,35	R\$ 87.952,20
29 - 33	12	3	19%	6	15	R\$ 1.146,51	R\$ 17.197,65	R\$ 206.371,80
34 - 38	9	3	15%	5	12	R\$ 1.243,95	R\$ 14.927,40	R\$ 179.128,80
39 - 43	12	3	19%	6	15	R\$ 1.436,73	R\$ 21.550,95	R\$ 258.611,40
44 - 48	6	3	10%	3	9	R\$ 1.721,95	R\$ 15.497,55	R\$ 185.970,60
49 - 53	8	3	13%	5	11	R\$ 2.036,56	R\$ 22.402,16	R\$ 268.825,92
54 - 58	6	3	10%	3	12	R\$ 2.470,36	R\$ 29.644,32	R\$ 355.731,84
59 ou +	4	3	6%	2	7	R\$ 4.184,80	R\$ 29.293,60	R\$ 351.523,20
Total	62	57	100%	33	122	R\$ 16.833,25	R\$ 182.460,90	R\$ 2.189.530,80

Elemento de Despesa: 6.2.2.1.1.01.01.03.004 - Plano Odontológico								
Faixa Etária	Funcionários	Dependentes	%	Aumento de Quadro	Total	Valor Unit.	Valor Mensal	Valor Anual
00 - 18	0	28	0%	0	28	R\$ 68,90	R\$ 1.929,20	R\$ 23.150,40
19 - 23	1	5	2%	1	6	R\$ 68,90	R\$ 413,40	R\$ 4.960,80
24 - 28	4	3	6%	2	7	R\$ 68,90	R\$ 482,30	R\$ 5.787,60
29 - 33	12	3	19%	6	15	R\$ 68,90	R\$ 1.033,50	R\$ 12.402,00
34 - 38	9	3	15%	5	12	R\$ 68,90	R\$ 826,80	R\$ 9.921,60
39 - 43	12	3	19%	6	15	R\$ 68,90	R\$ 1.033,50	R\$ 12.402,00
44 - 48	6	3	10%	3	9	R\$ 68,90	R\$ 620,10	R\$ 7.441,20
49 - 53	8	3	13%	5	11	R\$ 68,90	R\$ 757,90	R\$ 9.094,80
54 - 58	6	3	10%	3	12	R\$ 68,90	R\$ 826,80	R\$ 9.921,60
59 ou +	4	3	6%	2	7	R\$ 68,90	R\$ 482,30	R\$ 5.787,60
Total	62	57	100%	33	122	R\$ 689,00	R\$ 8.405,80	R\$ 100.869,60

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 11.028.174,00

8.1. O custo estimado total da contratação é de **R\$ 11.028.174,00 (onze milhões, vinte e oito mil e cento e setenta e quatro reais.)** conforme pormenorizado no Relatório de Cotação constante nos autos do processo.

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

9.1 A regra a ser observada pela Administração nas licitações é o parcelamento do objeto. Contudo, é imprescindível que essa divisão seja técnica e economicamente viável, além de não representar perda de economia de escala, conforme disposto na Súmula 247 do TCU. Por ser o parcelamento a regra, segue justificativa para a formação de grupos.

9.1.1. A divisão do certame, que consiste na aglutinação de itens em grupos, tem como finalidade garantir que a contratada seja responsável por elaborar e fornecer todas as soluções relacionadas aos planos de saúde e odontológico correspondentes. O objetivo é que a contratada do Grupo 1 (plano de saúde) seja responsável por oferecer o serviço de forma completa. Além disso, durante a execução do contrato, poderá ocorrer a migração dos usuários para faixas etárias subsequentes, tornando técnica e economicamente inviável que o contrato seja organizado por item (faixa etária). Diferentemente do Grupo 1, o Item 11 (plano odontológico) compreende o pacote de serviços odontológicos prestados aos usuários, sendo indiferente a faixa etária de cada usuário.

9.1.2. Assim, o Grupo 1 (plano de saúde) é composto pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. O Item 11 (plano odontológico) abrange item único. Nesse contexto, o grupo corresponde a um contrato (fornecedor) com seus respectivos itens, conforme prática usual no mercado e o item 11 outro contrato.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

10.1. Não existem contratações que guardam relação/afinidade com o objeto da compra /contratação pretendida, sejam elas já realizadas, ou contratações futuras. (inciso VIII, art. 7º, IN 40/2020)

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

11.1. A presente contratação está prevista no Plano de Contratações Anual 2025, conforme detalhamento a seguir:

ID PCA no PNCP: <https://pncp.gov.br/app/pca/60746179000152/2025/1>

D.F.D N°: 093/2024

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

12.1. A contratação é necessária para dar continuidade aos serviços já oferecidos de assistência à saúde dos colaboradores do Core-SP e iniciar conjuntamente a contratação de Plano Odontológico, visando manter segurança e tranquilidade, além de:

- **Acesso a cuidados preventivos:** Incentiva práticas de saúde preventivas, ajudando a evitar doenças graves e reduzindo a necessidade de tratamentos emergenciais.

- **Qualidade de vida:** Melhora a qualidade de vida dos colaboradores, resultando em maior felicidade e satisfação no ambiente de trabalho.
- **Bem-estar geral:** A saúde bucal tem impacto direto na saúde geral, prevenindo problemas mais sérios, como doenças cardíacas e diabetes.
- **Melhoria do clima organizacional:** Colaboradores que se sentem cuidados tendem a ter uma percepção mais positiva do ambiente de trabalho.
- **Economia a longo prazo:** Investir na saúde dos colaboradores pode resultar em menores custos com indenizações, afastamentos e perda de produtividade.
- **Redução de faltas:** Colaboradores saudáveis tendem a faltar menos ao trabalho, aumentando a consistência e a produtividade.
- **Foco e energia:** Cuidar da saúde mental e física dos empregados mantém-nos mais energizados e focados em suas tarefas.

**item 3 – Justificativa da necessidade de contratação do D.O.D. nº 020/2025.*

13. Providências a serem Adotadas

13.1. Além dos critérios e requisitos estabelecidos neste estudo para a contratação objeto deste documento, não há medidas adicionais a serem tomadas pela Administração antes da formalização do contrato com a empresa vencedora.

13.2. No decorrer da gestão do contrato caso a empresa apresente irregularidades quanto ao manutenção das certidões, o Fiscal comunicará o Gestor do Contrato para tomar as medidas legais previstas e notificar a CONTRATADA para que proceda regularização imediata e suspenderá os pagamentos até que as pendências sejam sanadas.

14. Possíveis Impactos Ambientais

14.1. Considerando a natureza da contratação e o fato de que os serviços serão oferecidos majoritariamente por meio de plataformas digitais (destacando-se o avanço das operadoras de planos de saúde que disponibilizam seus serviços via aplicativos, incluindo carteiras digitais), não há impacto ambiental relevante. Dessa forma, a contratação está em conformidade com as normas de sustentabilidade vigentes.

14.2. A expectativa é que, com o tempo, a contratação evolua para um modelo que promova impacto ambiental próximo de zero, por meio do uso de tecnologias que eliminem a necessidade de documentos em papel.

15. Declaração de Viabilidade

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

15.1. Justificativa da Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara viável esta contratação com base neste Estudo Técnico Preliminar.

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](#).

Despacho: Planejamento

MAIKE ANDRE MARQUES

Assessor Técnico de Licitações

Despacho: Demandante

JESSICA SOARES OLIVEIRA

Chefe do Setor Contábil

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - RESOLUÇÃO_2.129_2024.pdf (187.93 KB)
- Anexo II - memoria de calculo_01.04.2025assinado.pdf (603.3 KB)