

**PREGÃO ELETRÔNICO
AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 029/2014
(Processo Administrativo n.º 01580.055797/2014-75)**

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que a AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA, por meio da Coordenação de Licitações e Compras, sediada na Rua Teixeira de Freitas, nº 31, 2º andar, Lapa, Rio de Janeiro – RJ, realizará licitação, na modalidade PREGÃO, na forma ELETRÔNICA, do **TIPO MENOR PREÇO PELO VALOR GLOBAL ANUAL**, nos termos da Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, o Decreto nº 5450, de 31 de maio de 2005, o artigo 230 da Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, o Decreto nº. 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, modificado pelo Decreto nº. 5.010, de 9 de março de 2004, a Portaria MPOG/SRH nº. 1, de 27 de dezembro de 2007, a Lei 9.656/98 e suas atualizações, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), a Portaria Normativa nº 5 de 11 de outubro de 2010 do Ministério do Planejamento, e, subsidiariamente, a Lei nº 8666/93,, de 21 de junho de 1993, e as exigências estabelecidas neste Edital.

Data da sessão: 07/10/2014

Horário: 11h

Local: COMPRASNET

1. DO OBJETO

- 1.1. O objeto da presente licitação é a escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica (ambulatorial e hospitalar) aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas da Agência Nacional do Cinema - ANCINE, com abrangência em todo território nacional, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990 e Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.
- 1.2. A licitação será de 1 (um) item.
- 1.3. Os serviços contratados deverão estar de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações, e as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).
- 1.4. Todos os planos oferecidos aos servidores beneficiários vinculados a ANCINE terão como características:
 - 1.4.1. serem privados coletivos empresariais, pela oferta à massa delimitada de beneficiários, com adesão espontânea e opcional desses; e
 - 1.4.2. não admitirem agravo ou cobertura parcial temporária relacionada à doenças ou lesões preexistentes.
- 1.5. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento de plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas na Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

- 1.6. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

- 2.1. As despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da ANCINE para o exercício de 2014.

3. DO CREDENCIAMENTO

- 3.1. O Credenciamento é o nível básico do registro cadastral no SICAF, que permite a participação dos interessados na modalidade licitatória Pregão, em sua forma eletrônica.
- 3.2. O cadastro no SICAF poderá ser iniciado no Portal de Compras do Governo Federal – Comprasnet, no sítio www.comprasnet.gov.br, com a solicitação de login e senha pelo interessado.
- 3.3. O credenciamento junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade do licitante ou de seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes a este Pregão.
- 3.4. O uso da senha de acesso pelo licitante é de sua responsabilidade exclusiva, incluindo qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo ao provedor do sistema, ou ao órgão ou entidade responsável por esta licitação, responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.
- 3.5. A perda da senha ou a quebra de sigilo deverá ser comunicada imediatamente ao provedor do sistema para imediato bloqueio de acesso.

4. DA PARTICIPAÇÃO NO PREGÃO.

- 4.1. Poderão participar deste Pregão interessados cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto desta licitação, e que estejam com Credenciamento regular no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, conforme disposto no §3º do artigo 8º da IN SLTI/MPOG nº 2, de 2010.
- 4.2. Não poderão participar desta licitação os interessados:
- 4.2.1. proibidos de participar de licitações e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente;
 - 4.2.2. estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;
 - 4.2.3. que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;
 - 4.2.4. que estejam sob falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, concordata ou insolvência, em processo de dissolução ou liquidação;
 - 4.2.5. entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio;
- 4.3. Será permitida a participação de cooperativas, desde que apresentem modelo de gestão operacional adequado ao objeto desta licitação, com compartilhamento ou rodízio das atividades de coordenação e supervisão da execução dos serviços, e desde que os serviços contratados sejam executados obrigatoriamente pelos cooperados, vedando-se qualquer intermediação ou subcontratação.

- 4.4. Como condição para participação no Pregão, o licitante assinalará “sim” ou “não” em campo próprio do sistema eletrônico, relativo às seguintes declarações:
- 4.4.1. que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49.
 - 4.4.1.1. a assinalação do campo “não” apenas produzirá o efeito de o licitante não ter direito ao tratamento favorecido previsto na Lei Complementar nº 123, de 2006, mesmo que microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa;
 - 4.4.2. que está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no Edital;
 - 4.4.3. que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
 - 4.4.4. que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição.
 - 4.4.5. que a proposta foi elaborada de forma independente, nos termos da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 16 de setembro de 2009.

5. DO ENVIO DA PROPOSTA

- 5.1. O licitante deverá encaminhar a proposta por meio do sistema eletrônico até a data e horário marcados para abertura da sessão, quando, então, encerrar-se-á automaticamente a fase de recebimento de propostas.
- 5.2. Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília – DF.
- 5.3. O licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.
- 5.4. Incumbirá ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios, diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.
- 5.5. Até a abertura da sessão, os licitantes poderão retirar ou substituir as propostas apresentadas.
- 5.6. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:
 - 5.6.1. valor total do item (VALOR GLOBAL ANUAL).
 - 5.6.2. Descrição detalhada do objeto;
 - 5.6.3. A operadora deverá apresentar proposta de acordo com as especificidades descritas no Anexo I – Termo de Referência, e os preços deverão segmentados por faixa etária, conforme a resolução nº 63 da ANS.
 - 5.6.4. A proposta de preços deverá ser elaborada considerando a estimativa de beneficiários potenciais discriminada no item 19 (Tabela 3) do Anexo I – Termo de Referência.
 - 5.6.5. A estimativa apresentada no referido item não gera qualquer obrigação para a ANCINE, cabendo a cada beneficiário titular a livre escolha de inscrição na modalidade que julgar mais adequada ao seu caso específico.

5.6.6. Nos valores da proposta já deverão estar inclusos todos os custos necessários ao cumprimento integral do objeto do Anexo I – Termo de Referência.

5.6.7. Para apresentação da proposta de preços deverão ser preenchidas as planilhas constantes no Anexo II deste Edital.

5.7. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

5.8. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na prestação dos serviços.

5.9. Quando se tratar de cooperativa de serviço, o licitante preencherá, no campo condições da proposta do sistema eletrônico, o valor correspondente ao percentual de que trata o art. 22, inciso IV, da Lei nº 8.212, de 24.07.91, com a redação da Lei nº 9.876, de 26.11.99, também referido no art. 72 da Instrução Normativa/RFB Nº 971, de 13 de novembro de 2009 (DOU 17.11.2009).

5.10. O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

6. DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

6.1. A abertura da presente licitação dar-se-á em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.

6.2. O Pregoeiro verificará as propostas apresentadas, desclassificando desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, contenham vícios insanáveis ou não apresentem as especificações técnicas exigidas no Termo de Referência.

6.2.1. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

6.2.2. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

6.3. O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.

6.4. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o Pregoeiro e os licitantes.

6.5. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio de sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro.

6.5.1. O lance deverá ser ofertado pelo valor total do item (VALOR GLOBAL ANUAL).

6.6. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

6.7. O licitante somente poderá oferecer lance inferior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.

6.7.1. O intervalo entre os lances enviados pelo mesmo licitante não poderá ser inferior a vinte (20) segundos e o intervalo entre lances não poderá ser inferior a três (3) segundos.

6.8. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

6.9. Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

- 6.10. No caso de desconexão com o Pregoeiro, no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.
 - 6.11. Se a desconexão perdurar por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão será suspensa e terá reinício somente após comunicação expressa do Pregoeiro aos participantes.
 - 6.12. A etapa de lances da sessão pública será encerrada por decisão do Pregoeiro. O sistema eletrônico encaminhará aviso de fechamento iminente dos lances, após o que transcorrerá período de tempo de até 30 (trinta) minutos, aleatoriamente determinado pelo sistema, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.
 - 6.13. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta e, na hipótese de desistência de apresentar outros lances, valerá o último lance por ele ofertado, para efeito de ordenação das propostas.
 - 6.14. Encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas, empresas de pequeno porte e sociedades cooperativas participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos arts. 44 e 45 da LC nº 123, de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 6.204, de 2007.
 - 6.15. Nessas condições, as propostas de microempresas, empresas de pequeno porte e sociedades cooperativas que se encontrarem na faixa de até 5% (cinco por cento) acima da proposta ou lance de menor preço serão consideradas empatadas com a primeira colocada.
 - 6.16. A melhor classificada nos termos do item anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.
 - 6.17. Caso a microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa, empresa de pequeno porte e sociedade cooperativa que se encontrem naquele intervalo de 5% (cinco por cento), na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.
 - 6.18. No caso de equivalência dos valores apresentados pela microempresa, empresa de pequeno porte e equiparados que se encontrem em situação de empate, será realizado sorteio para que se identifique a primeira que poderá apresentar melhor oferta.
- 7. DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA VENCEDORA.**
- 7.1. Encerrada a etapa de lances e depois da verificação de possível empate, o Pregoeiro examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto ao preço, a sua exequibilidade, bem como quanto ao cumprimento das especificações do objeto.
 - 7.2. A operadora deverá apresentar proposta de acordo com as especificidades descritas no Anexo I – Termo de Referência, e os preços deverão segmentados por faixa etária, conforme a resolução nº 63 da ANS.
 - 7.3. A proposta de preços deverá ser elaborada considerando a estimativa de beneficiários potenciais discriminada no item 19 (Tabela 3) do Anexo I – Termo de Referência.

- 7.4. A estimativa apresentada no referido item não gera qualquer obrigação para a ANCINE, cabendo a cada beneficiário titular a livre escolha de inscrição na modalidade que julgar mais adequada ao seu caso específico.
- 7.5. Nos valores da proposta já deverão estar inclusos todos os custos necessários ao cumprimento integral do objeto do Anexo I – Termo de Referência.
- 7.6. Para apresentação da proposta de preços deverão ser preenchidas as planilhas constantes no Anexo II deste Edital.
- 7.7. Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor com valor superior ao preço máximo fixado, ou que apresentar preço manifestamente inexequível.
 - 7.7.1 O valor limite estimado aceitável para a presente contratação é de **R\$2.629.447,68** (dois milhões, seiscentos e vinte e nove mil, quatrocentos e quarenta e sete e sessenta e oito centavos).
- 7.8. Considera-se inexequível a proposta de preços ou menor lance que, comprovadamente, for insuficiente para a cobertura dos custos da contratação, apresente preços global ou unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, ainda que o ato convocatório da licitação não tenha estabelecido limites mínimos, exceto quando se referirem a materiais e instalações de propriedade do próprio licitante, para os quais ele renuncie a parcela ou à totalidade da remuneração.
- 7.9. Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preço, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, na forma do § 3º do artigo 43 da Lei nº 8.666, de 1993, a exemplo das enumeradas no §3º, do art. 29, da IN SLTI/MPOG nº 2, de 2008.
- 7.10. Quando o licitante apresentar preço final inferior a 30% (trinta por cento) da média dos preços ofertados para o mesmo item, não sendo possível a sua imediata desclassificação por inexequibilidade, será obrigatória a realização de diligências para o exame da proposta.
- 7.11. Qualquer interessado poderá requerer que se realizem diligências para aferir a exequibilidade e a legalidade das propostas, devendo apresentar as provas ou os indícios que fundamentam a suspeita.
- 7.12. O Pregoeiro poderá convocar o licitante para enviar documento digital, por meio de funcionalidade disponível no sistema, estabelecendo no “chat” prazo mínimo de 2:00 horas, sob pena de não aceitação da proposta.
 - 7.12.1 O prazo estabelecido pelo Pregoeiro poderá ser prorrogado por solicitação escrita e justificada do licitante, formulada antes de findo o prazo estabelecido, e formalmente aceita pelo Pregoeiro.
- 7.13. Se a proposta ou lance vencedor for desclassificado, o Pregoeiro examinará a proposta ou lance subsequente, e, assim sucessivamente, na ordem de classificação.
- 7.14. Havendo necessidade, o Pregoeiro suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a continuidade da mesma.
- 7.15. O Pregoeiro poderá encaminhar, por meio do sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que apresentou o lance mais vantajoso, com o fim de negociar a obtenção de melhor preço, vedada a negociação em condições diversas das previstas neste Edital.
 - 7.15.1 Também nas hipóteses em que o Pregoeiro não aceitar a proposta e passar à subsequente, poderá negociar com o licitante para que seja obtido preço melhor.
 - 7.15.2 A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

- 7.16 Sempre que a proposta não for aceita, e antes de o Pregoeiro passar à subsequente, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC nº 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida, se for o caso.

8 DA HABILITAÇÃO

- 8.1** O Pregoeiro consultará o Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores – SICAF, em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, à qualificação econômica financeira e habilitação técnica conforme disposto nos arts. 4º, *caput*, 8º, § 3º, 13 a 18 e 43, III, da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 2010.
- 8.1.1 Também poderão ser consultados os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o licitante esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF.
- 8.1.2 Caso o Pregoeiro não logre êxito em obter a certidão correspondente através do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o licitante será convocado a encaminhar, no prazo de 2:10 (duas horas e dez minutos) horas, documento válido que comprove o atendimento das exigências deste Edital, sob pena de inabilitação, ressalvado o disposto quanto à comprovação da regularidade fiscal das microempresas, empresas de pequeno porte e sociedades cooperativas, conforme estatui o art. 43, § 1º da LC nº 123, de 2006.
- 8.2** Os licitantes que não estiverem cadastrados no Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores – SICAF além do nível de credenciamento exigido pela Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 2010, deverão apresentar a seguinte documentação relativa à Habilitação Jurídica e à Regularidade Fiscal e trabalhista, nas condições seguintes:
- 8.3** Habilitação jurídica:
- 8.3.1 no caso de empresário individual, inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis;
- 8.3.2 em se tratando de sociedades comerciais ou empresa individual de responsabilidade limitada: ato constitutivo em vigor, devidamente registrado, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- 8.3.3 inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;
- 8.3.4 inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- 8.3.5 No caso de sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971.
- 8.3.6 decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País;
- 8.3.7 Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;
- 8.4** Regularidade fiscal e trabalhista:
- 8.4.1 prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

- 8.4.2 prova de regularidade com a Fazenda Nacional (certidão conjunta, emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, quanto aos demais tributos federais e à Dívida Ativa da União, por elas administrados, conforme art. 1º, inciso I, do Decreto nº 6.106/07);
 - 8.4.3 prova de regularidade com a Seguridade Social (INSS);
 - 8.4.4 prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
 - 8.4.5 prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da consolidação das leis do trabalho, aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
 - 8.4.6 prova de inscrição no cadastro de contribuintes municipal, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
 - 8.4.7 prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante;
 - 8.4.8 caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos municipais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda Municipal do domicílio ou sede do fornecedor, ou outra equivalente, na forma da lei;
 - 8.4.9 caso o licitante detentor do menor preço seja microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa, deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.
- 8.5** Os licitantes que não estiverem cadastrados no Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores – SICAF no nível da Qualificação Econômico-Financeira, conforme Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 2, de 2010, deverão apresentar a seguinte documentação:
- 8.5.1 certidão negativa de feitos sobre falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede do licitante;
 - 8.5.2 balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;
 - 8.5.2.1 no caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade;
 - 8.5.3 Comprovação da boa situação financeira da empresa mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

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

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}};$$

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

- 8.5.4 As empresas, cadastradas ou não no SICAF, que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), deverão comprovar patrimônio líquido de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação ou do item pertinente.
- 8.6** As empresas, cadastradas ou não no SICAF deverão comprovar, ainda, a qualificação técnica, por meio de:
- 8.6.1 A empresa deve possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência, conforme inciso I do art. 17 da Portaria Normativa SRH/MP nº 5 de 11 de Outubro de 2010.
- 8.6.2 Comprovação de registro ou de inscrição da empresa licitante junto à Agência Nacional de Saúde – ANS, dentro do prazo de validade, para comprovar que a **LICITANTE** está apta à comercializar os produtos (Planos) cotados, de acordo com o disposto na Lei nº. 9.656/98;
- 8.6.3 Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços em características, quantidades e prazos compatíveis com o objeto desta licitação, ou com o item pertinente, por período não inferior a três anos, mediante a apresentação de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.
- 8.6.3.1 Os atestados referir-se-ão a contratos já concluídos ou já decorrido no mínimo um ano do início de sua execução, exceto se houver sido firmado para ser executado em prazo inferior, apenas aceito mediante a apresentação do contrato.
- 8.6.3.2 Os atestados deverão referir-se a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal ou secundária especificadas no contrato social vigente;
- 8.6.3.3 O licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados apresentados, apresentando, dentre outros documentos, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foram prestados os serviços.
- 8.6.4 O valor limite estimado aceitável para a presente contratação é de **R\$2.629.447,68** (dois milhões, seiscentos e vinte e nove mil, quatrocentos e quarenta e sete e sessenta e oito centavos).
- 8.7** Em relação às licitantes cooperativas será, ainda, exigida a seguinte documentação:
- 8.7.1 A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764 de 1971;
- 8.7.2 A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI;
- 8.7.3 A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;
- 8.7.4 O registro previsto na Lei n. 5.764/71, art. 107;
- 8.7.5 A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e
- 8.7.6 Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa: a) ata de fundação; b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou; c) regimento dos fundos instituídos pelos

cooperados, com a ata da assembleia; d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; e f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;

- 8.7.7 A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n. 5.764/71 ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.
- 8.8** Os documentos exigidos para habilitação relacionados nos subitens acima, deverão ser apresentados pelos licitantes, via fac-símile (fax) número (21) 3037-6378 ou via e-mail john.nova@ancine.gov.br no prazo de 2 (duas) horas após solicitação do Pregoeiro no sistema eletrônico. Posteriormente, serão remetidos em original, por qualquer processo de cópia reprográfica, autenticada por tabelião de notas, ou por servidor da Administração, desde que conferido(s) com o original, ou publicação em órgão da imprensa oficial, para análise, no prazo de 3 (três) dias úteis, após encerrado o prazo para o encaminhamento via fac-símile (fax) ou e-mail;
- 8.9** Se a menor proposta ofertada for de microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa e uma vez constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal, a mesma será convocada para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após solicitação do Pregoeiro no sistema eletrônico, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período.
- 8.9.1 A não regularização fiscal no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, sendo facultada a convocação dos licitantes remanescentes, na ordem de classificação. Se, na ordem de classificação, seguir-se outra microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa com alguma restrição na documentação fiscal, será concedido o mesmo prazo para regularização.
- 8.10** Havendo necessidade de analisar minuciosamente os documentos exigidos, o Pregoeiro suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a continuidade da mesma.
- 8.11** Será inabilitado o licitante que não comprovar sua habilitação, deixar de apresentar quaisquer dos documentos exigidos para a habilitação, ou apresentá-los em desacordo com o estabelecido neste Edital.
- 8.12** O pregoeiro, auxiliado pela equipe de apoio, consultará os sistemas de registros de sanções SICAF, LISTA DE INIDÔNEOS DO TCU, CNJ E CEIS, visando aferir eventual sanção aplicada à licitante, cujo efeito torne-a proibida de participar deste certame.
- 8.13** No caso de inabilitação, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência de empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC nº123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida para aceitação da proposta subsequente.
- 8.14** Da sessão pública do Pregão divulgar-se-á Ata no sistema eletrônico.
- 9 DOS RECURSOS**
- 9.1. Declarado o vencedor e decorrida a fase de regularização fiscal de microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa, se for o caso, será concedido o prazo de no mínimo trinta minutos, para que qualquer licitante manifeste a intenção de recorrer, de forma motivada, isto é, indicando

- contra qual(is) decisão(ões) pretende recorrer e por quais motivos, em campo próprio do sistema.
- 9.2. Havendo quem se manifeste, caberá ao Pregoeiro verificar a tempestividade e a existência de motivação da intenção de recorrer, para decidir se admite ou não o recurso, fundamentadamente.
- 9.2.1. Nesse momento o Pregoeiro não adentrará no mérito recursal, mas apenas verificará as condições de admissibilidade do recurso.
- 9.2.2. A falta de manifestação motivada do licitante quanto à intenção de recorrer importará a decadência desse direito.
- 9.2.3. Uma vez admitido o recurso, o recorrente terá, a partir de então, o prazo de três dias para apresentar as razões, pelo sistema eletrônico, ficando os demais licitantes, desde logo, intimados para, querendo, apresentarem contrarrazões também pelo sistema eletrônico, em outros três dias, que começarão a contar do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.
- 9.3. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.
- 9.4. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados, no endereço constante neste Edital.

10. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

- 10.1. O objeto da licitação será adjudicado ao licitante declarado vencedor, por ato do Pregoeiro, caso não haja interposição de recurso, ou pela autoridade competente, após a regular decisão dos recursos apresentados.
- 10.2. Após a fase recursal, constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente homologará o procedimento licitatório.

11. DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

- 11.1. O adjudicatário, no prazo de 10 (dez) dias após a assinatura do Termo de Contrato, prestará garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do Contrato, que será liberada de acordo com as condições previstas neste Edital, conforme disposto no art. 56 da Lei nº 8.666, de 1993, desde que cumpridas as obrigações contratuais.
- 11.1.1. A inobservância do prazo fixado para apresentação da garantia acarretará a aplicação de multa de 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso, até o máximo de 2% (dois por cento).
- 11.1.2. O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autoriza a Administração a promover a rescisão do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõem os incisos I e II do art. 78 da Lei nº 8.666, de 1993;
- 11.2. A validade da garantia, qualquer que seja a modalidade escolhida, deverá abranger um período de mais 3 (três) meses após o término da vigência contratual.
- 11.3. A garantia assegurará, qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:
- 11.3.1. prejuízo advindo do não cumprimento do objeto do contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas;
- 11.3.2. prejuízos causados à Contratante ou a terceiro, decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;
- 11.3.3. as multas moratórias e punitivas aplicadas pela Contratante à Contratada;
- 11.3.4. obrigações trabalhistas, fiscais e previdenciárias de qualquer natureza, não adimplidas pela contratada;

- 11.4. A modalidade seguro-garantia somente será aceita se contemplar todos os eventos indicados acima;
- 11.5. A garantia em dinheiro deverá ser efetuada na Caixa Econômica Federal em conta específica com correção monetária, em favor do contratante;
- 11.6. No caso de alteração do valor do contrato, ou prorrogação de sua vigência, a garantia deverá ser readequada ou renovada nas mesmas condições.
- 11.7. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, a Contratada obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data em que for notificada.
- 11.8. A Contratante não executará a garantia na ocorrência de uma ou mais das seguintes hipóteses:
 - 11.8.1. caso fortuito ou força maior;
 - 11.8.2. alteração, sem prévia anuência da seguradora ou do fiador, das obrigações contratuais;
 - 11.8.3. descumprimento das obrigações pela contratada decorrentes de atos ou fatos praticados pela Contratante;
 - 11.8.4. atos ilícitos dolosos praticados por servidores da Contratante.
- 11.9. Não serão aceitas garantias que incluam outras isenções de responsabilidade que não as previstas acima.
- 11.10. Será considerada extinta a garantia:
 - 11.10.1. com a devolução da apólice, carta fiança ou autorização para o levantamento de importâncias depositadas em dinheiro a título de garantia, acompanhada de declaração da Contratante, mediante termo circunstanciado, de que a Contratada cumpriu todas as cláusulas do contrato;
 - 11.10.2. no prazo de três meses após o término da vigência, caso a Contratante não comunique a ocorrência de sinistros.

12. DO TERMO DE CONTRATO

- 12.1. Após a homologação da licitação, o adjudicatário terá o prazo de **5 (cinco)** dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Termo de Contrato, cuja vigência será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse da Contratante até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme disciplinado no contrato.
- 12.2. Previamente à contratação, a Administração realizará consulta “on line” ao SICAF, bem como ao Cadastro Informativo de Créditos não Quitados – CADIN, cujos resultados serão anexados aos autos do processo.
- 12.3. Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato, a Administração poderá encaminhá-lo para assinatura ou aceite do adjudicatário, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado ou aceito no prazo de **5 (cinco)** dias, a contar da data de seu recebimento.
- 12.4. O prazo previsto no subitem anterior poderá ser prorrogado, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Administração.
- 12.5. Antes da assinatura do Termo de Contrato, a Administração realizará consulta “on line” ao SICAF, cujo resultado será anexado aos autos do processo.
- 12.6. Se o adjudicatário, no ato da assinatura do Termo de Contrato, não comprovar que mantém as mesmas condições de habilitação, ou quando, injustificadamente, recusar-se à assinatura, poderá ser convocado outro licitante, desde que respeitada a ordem de classificação, para, após a verificação da aceitabilidade da proposta, negociação e comprovados os

requisitos de habilitação, celebrar a contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital e das demais cominações legais.

13. DO REAJUSTE

- 13.1. As regras acerca do reajuste do valor contratual são as estabelecidas no Termo de Contrato, Anexo IV deste Edital.

14. DO REGIME DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E FISCALIZAÇÃO

- 14.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993, e do art. 6º do Decreto nº 2.271, de 1997.
- 14.2. O representante da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.
- 14.3. A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência.
- 14.4. A execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos aspectos mencionados no art. 34 da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 02, de 2008, quando for o caso.
- 14.5. O fiscal ou gestor do contrato, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 14.6. A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha a relação detalhada dos mesmos, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.
- 14.7. O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 14.8. O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 14.9. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

15. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

- 15.1. As obrigações da CONTRATADA e CONTRATANTE estão dispostas nas Cláusulas 27º e 28º da minuta de Contrato constante do **Anexo IV deste Edital**.

16. DO PAGAMENTO

- 16.1. O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de 10(dez)dias, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura contendo o detalhamento dos serviços executados e os materiais empregados, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.
- 16.2. A apresentação da Nota Fiscal/Fatura deverá ocorrer no prazo de 5 dias úteis dias, contado da data final do período de adimplemento da parcela da contratação a que aquela se referir.
- 16.3. O pagamento somente será autorizado depois de efetuado o “atesto” pelo servidor competente, condicionado este ato à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada em relação aos serviços efetivamente prestados e aos materiais empregados.
- 16.4. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.
- 16.5. Nos termos do artigo 36, § 6º, da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 02, de 2008, será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
- 16.5.1. não produziu os resultados acordados;
 - 16.5.2. deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
 - 16.5.3. deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
- 16.6. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
- 16.7. Os pagamentos somente poderão ser efetuados, após a comprovação da regularidade da **CONTRATADA** no **SICAF**, por meio de consulta “**ON LINE**” pela **ANCINE**, ou mediante a apresentação da documentação obrigatória (RECEITA FEDERAL, DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, FGTS e INSS), devidamente atualizadas.
- 16.8. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
- 16.9. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
- 16.10. Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

- 16.11. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação junto ao SICAF.
- 16.12. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante, não será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente no SICAF.
- 16.13. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
- 16.13.1. A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.
- 16.14. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela, é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:
- EM = I x N x VP, sendo:
 EM = Encargos moratórios;
 N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;
 VP = Valor da parcela a ser paga.
 I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

$$I = (TX) \quad I = \frac{(6/100)}{365} \quad I = 0,00016438$$
 TX = Percentual da taxa anual = 6%.
- 16.15 Em cumprimento ao disposto no art. 64 da Lei n.º 9.430, de 27/12/96, a **ANCINE** reterá, na fonte, o imposto sobre a renda da Pessoa Jurídica – **IRPJ**, bem assim a contribuição sobre o lucro líquido, a contribuição para a seguridade social – **COFINS** e a contribuição para o **PIS/PASEP** sobre os pagamentos que efetuar a pessoas jurídicas que não apresentarem a cópia do Termo de Opção pelo Regime de Tributação Simplificada (**SIMPLES**).
- 16.16 A empresa deverá apresentar a Nota-Fiscal contendo o mesmo CNPJ do empenho, para efeito de pagamento;
- 16.17 No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota-Fiscal/Fatura, serão os mesmos restituídos à adjudicatária para as correções necessárias, não respondendo a **ANCINE** por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.
- 16.18 A critério da **CONTRATANTE**, poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações a terceiros ou outras de responsabilidade da **CONTRATADA**.
- 16.19 O pagamento poderá ser susgado pela **CONTRATANTE**, caso ocorra inadimplemento das obrigações da **CONTRATADA** ou erros e vícios na Fatura, o que implicará na devolução do valor eventualmente pago.

17 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.

- 17.1 Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, o licitante/adjudicatário que:
- 17.1.1 não assinar o termo de contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;

- 17.1.2 apresentar documentação falsa;
- 17.1.3 deixar de entregar os documentos exigidos no certame;
- 17.1.4 ensejar o retardamento da execução do objeto;
- 17.1.5 não manter a proposta;
- 17.1.6 cometer fraude fiscal;
- 17.1.7 comportar-se de modo inidôneo;
- 17.2 Considera-se comportamento inidôneo, entre outros, a declaração falsa quanto às condições de participação, quanto ao enquadramento como ME/EPP ou o conluio entre os licitantes, em qualquer momento da licitação, mesmo após o encerramento da fase de lances.
- 17.3 O licitante/adjudicatário que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens anteriores ficará sujeito, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:
 - 17.3.1 Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor estimado do(s) item(s) prejudicado(s) pela conduta do licitante;
 - 17.3.2 Impedimento de licitar e de contratar com a União e descredenciamento no SICAF, pelo prazo de até cinco anos;
- 17.4 A penalidade de multa pode ser aplicada cumulativamente com a sanção de impedimento.
- 17.5 A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao licitante/adjudicatário, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente na Lei nº 9.784, de 1999.
- 17.6 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
- 17.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.
- 17.8 As possíveis sanções por atos praticados no decorrer do contrato estão prevista no Termo de Referência.

18 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

- 18.1 Até 02 (dois) dias úteis antes da data designada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar este Edital.
- 18.2 A impugnação poderá ser realizada por forma eletrônica, pelo e-mail pelo john.nova@ancine.gov.br fax (21) 3037-6378 ou por petição dirigida ou protocolada no endereço **Avenida Graça Aranha, 35 – térreo – Protocolo Geral – Centro – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 20.030-002.**
- 18.3 Caberá ao Pregoeiro decidir sobre a impugnação no prazo de até vinte e quatro horas.
- 18.4 Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.
- 18.5 Os pedidos de esclarecimentos referentes a este processo licitatório deverão ser enviados ao Pregoeiro, até 03 (três) dias úteis anteriores à data designada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, no endereço indicado no Edital.
- 18.6 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.
- 18.7 As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados pelo Pregoeiro serão entranhados nos autos do processo licitatório e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado.

19 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 19.1 Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo Pregoeiro.
- 19.2 No julgamento das propostas e da habilitação, o Pregoeiro poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.
- 19.3 A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.
- 19.4 As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.
- 19.5 Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.
- 19.6 Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.
- 19.7 O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.
- 19.8 Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.
- 19.9 O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico www.comprasnet.gov.br e www.ancine.gov.br, e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço **Avenida Graça Aranha, 35 – térreo – Protocolo Geral – Centro – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 20.030-002**, nos dias úteis, no horário das 09 horas às 18 horas, mesmo endereço e período no qual os autos do processo administrativo permanecerão com vista franqueada aos interessados.
- 19.10 Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:
 - 19.10.1 ANEXO I – Termo de Referência;
 - 19.10.2 ANEXO IA – Penalidades e Infrações
 - 19.10.3 ANEXO II – Planilha de Preços
 - 19.10.4 ANEXO III – Modelo de Proposta Comercial
 - 19.10.5 ANEXO IV – Minuta de Contrato;

Rio de Janeiro..... , de de 2014

John Nova
Pregoeiro

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 029/2014 (Processo Administrativo n.º 01580.055797/2014-75)

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS, SEUS DEPENDENTES E PENSIONISTAS DA ANCINE

1. DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de assistência médica (ambulatorial e hospitalar) aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas da Agência Nacional do Cinema - ANCINE, **com abrangência em todo território nacional**, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990 e Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

1.2. Os serviços contratados deverão estar de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações, e as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

1.3. Todos os planos oferecidos aos servidores beneficiários vinculados a ANCINE terão como características:

1.3.1. serem privados coletivos empresariais, pela oferta à massa delimitada de beneficiários, com adesão espontânea e opcional desses; e

1.3.2. não admitirem agravamento ou cobertura parcial temporária relacionada à doenças ou lesões preexistentes.

1.4. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento de plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas na Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

1.5. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2. DOS USUÁRIOS

2.1. São considerados beneficiários titulares:

2.1.1. Os servidores ativos, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações.

2.1.1.1. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

2.1.2. Os pensionistas da ANCINE.

2.1.2.1. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, desde que façam a opção, por escrito à Gerência de

Recursos Humanos - GRH, por permanecer como beneficiário do plano junto à ANCINE.

2.1.2.2. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

- 2.2. São considerados beneficiários dependentes:
- a. o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
 - b. o companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c. a pessoa separada judicialmente ou divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente com percepção de pensão alimentícia;
 - d. os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e. os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
 - f. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e";
 - g. a existência do dependente constante nas alíneas "a" ou "b" desobriga a assistência à saúde do dependente constante na alínea "c";
 - h. os associados vinculados atualmente ao plano de saúde contratado, na condição de dependentes agregados, serão mantidos sem sofrer qualquer tipo de alteração quanto ao plano dos demais associados.

3. DAS INCLUSÕES

3.1. É voluntária a inscrição de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010.

3.2. A adesão aos planos oferecidos aos beneficiários vinculados à ANCINE será espontânea e opcional, não admitindo agravo ou cobertura parcial temporária relacionada às doenças ou lesões preexistentes.

3.3. A escolha do plano de saúde ficará a critério do titular, sendo que os dependentes deverão ser inscritos, obrigatoriamente, na mesma modalidade escolhida.

3.3.1. Não será permitida a inclusão de dependentes sem a inclusão do titular.

3.4. É assegurada a inclusão:

3.4.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;

3.4.2. o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.

3.4.3. do cônjuge, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento civil.

3.5. Caberá a ANCINE encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição junto à operadora contratada.

3.6. A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato com a operadora, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

3.6.1. As inclusões terão vigência cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente da data limite estabelecida em contrato.

3.7. Caberá à ANCINE a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, do pensionista, e da relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.

3.8. É garantida a manutenção no Plano dos servidores exonerados, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4. DAS EXCLUSÕES

4.1. É voluntária a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010, e implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

4.1.1. Caberá a ANCINE encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, para a efetivação da exclusão junto à operadora contratada.

4.2. A exclusão se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei 9.656/98.

4.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

4.4. Independentemente das situações previstas nos itens 4.2 e 4.3, a exclusão do servidor se dará também por fraude ou inadimplência.

4.5. A comunicação de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser realizada, por escrito à GRH, de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato.

4.5.1. As exclusões terão vigência cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente da data limite estabelecida em contrato, sendo garantida a cobertura até o último dia do mês em que ocorreu a formalização do pedido de exclusão.

4.6. O beneficiário titular poderá solicitar, a qualquer tempo, cancelamento do plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.

4.6.1. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora contratada.

4.7. O pedido de exclusão deverá ser formalizado junto à GRH da ANCINE, que dará ciência do cancelamento à contratada, de acordo com as datas estabelecidas no contrato ou no regulamento do serviço prestado.

4.8. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

4.9. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no item 4.8 não exime o beneficiário da quitação dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.

4.10. Os beneficiários excluídos do plano de assistência terão seus cartões de identificação recolhidos pela ANCINE, que os devolverão à operadora.

4.11. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

5. DOS TIPOS DE PLANOS

5.1. As operadoras contratadas deverão oferecer planos com as seguintes características:

5.1.1. **Plano de saúde básico:** deverá cobrir os custos relativos aos atendimentos ambulatorial, obstétricos, fisioterápicos e psicológicos; à assistência farmacêutica; às internações hospitalares, **com padrão enfermagem**, incluindo centro de terapia intensiva ou similar; os tratamentos, realizados exclusivamente no país, de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde de Organização Mundial de Saúde, incluindo-se os procedimentos elencados no Item 6 do presente Termo de Referência e acrescidos daqueles previstos no Rol e Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente.

5.1.2. **Plano de saúde superior:** deverá cobrir os custos relativos aos atendimentos ambulatorial, obstétricos, fisioterápicos e psicológicos; à assistência farmacêutica; às internações hospitalares, **com padrão apartamento privativo**, incluindo centro de terapia intensiva ou similar; os tratamentos, realizados exclusivamente no país, de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde de Organização Mundial de Saúde, incluindo-se os procedimentos elencados no Item 6 do presente Termo de Referência e acrescidos daqueles previstos na Resolução Normativa nº 211/2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais normas reguladoras vigentes durante o período de execução do contrato.

5.1.2.1. Na modalidade de Plano Superior a contratada deverá apresentar outros tipos de planos, com rede hospitalar e laboratorial em número superior à do Plano Básico, crescente e cumulativa, incluindo hospitais de referência nas capitais brasileiras.

5.2. A operadora contratada poderá oferecer e disponibilizar, sem custo adicional à Contratante, serviços especiais opcionais aos planos disponibilizados, com ônus exclusivamente ao servidor contratante, tais como assistência odontológica, atendimento domiciliar de urgência e emergência, durante vinte e quatro horas, por meio de ambulâncias ou Unidades de Terapia Intensiva - UTI móveis, transporte aeromédico, entre outros.

6. DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1. Do Plano de Saúde:

6.1.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11, 12 e 13 de 1998.

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

6.1.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

6.1.2.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

6.1.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze) horas do atendimento, durante a carência para o plano médico hospitalar.

6.1.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao

atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- 6.1.3.1. internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;
- 6.1.3.2. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- 6.1.3.3. diária de internação hospitalar;
- 6.1.3.4. despesa referente aos honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- 6.1.3.5. exames e procedimentos complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 6.1.3.6. taxas hospitalares referentes à assistência médica e hospitalar, incluindo os materiais utilizados durante o período de internação, relacionadas ao evento médico;
- 6.1.3.7. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 6.1.3.8. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
 - 6.1.3.8.1. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 6.1.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 6.1.3.10. órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 6.1.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;
- 6.1.3.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 6.1.3.13. cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- 6.1.3.14. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela

operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada/referenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada sua transferência.

6.1.3.15. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora, no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

6.1.3.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

7. DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

7.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação.

7.3.2. O atendimento de urgência, decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

8. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

8.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

8.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

8.1.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

8.1.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

8.1.5. Inseminação artificial;

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

8.1.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

- 8.1.8. Transplantes, com a exceção dos procedimentos previstos no subitem 6.1.3.13 e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 8.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 8.1.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 8.1.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicada;
- 8.1.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 8.1.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 8.1.14. Aplicação de vacinas preventivas;
- 8.1.15. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 8.1.16. Aparelhos ortopédicos, com a exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 8.1.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 8.1.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 8.1.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente às especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM.

9. DO REEMBOLSO

9.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:

9.1.1. Quando não houver estabelecimentos de saúde e/ou profissional da rede própria ou credenciada pela operadora habilitados para prestar o atendimento na localidade onde o beneficiário se encontre no momento em que necessite do serviço ou procedimento, desde que pertencente à área de abrangência geográfica do plano;

9.1.2. Caso configure-se urgência ou emergência, devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

9.1.3. Caso haja paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

9.2. O pagamento do reembolso previsto nos itens 9.1.1 e 9.1.2 será efetuado integralmente de acordo com a nota fiscal e/ou recibo apresentado pelo associado.

9.2.1. O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos abaixo elencados, em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

9.2.2. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

9.2.3. Recibos originais de pagamento dos honorários médicos;

9.2.4. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

9.2.5. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

9.3. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

10. DA REMOÇÃO

10.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

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

10.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

10.2.2. Caberá à contratada o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, com o intuito de garantir a continuidade do atendimento;

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

10.2.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no subitem 10.2.2, a contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

11. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

11.2. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

11.3. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

11.4. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

11.5. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

11.5.1. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

11.5.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.

11.5.2.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

11.6. A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

11.6.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação à ANS, à Contratante e aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

11.6.1.1. Na hipótese de ocorrer substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

11.7. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

11.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve obedecer aos prazos máximos estabelecidos pela ANS e atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como os beneficiários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

11.9. A operadora contratada deverá fornecer ao beneficiário a carteira de identificação que conste seu nome e o plano a qual está vinculado, cuja sua apresentação no momento do atendimento, acompanhada de documento de identidade, assegure o direito à utilização do serviço contratado.

11.10. A operadora contratada deverá fornecer no momento da adesão ao plano um guia médico para cada beneficiário titular, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, centros médicos, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, conforme o domicílio dos beneficiários.

11.11. No caso de redimensionamento de rede hospital, é necessária autorização prévia da ANS.

12. DA ALTERAÇÃO DOS TIPOS DE MODALIDADES

12.1. A alteração poderá ocorrer tanto para um plano de modalidade superior, quanto para um de modalidade inferior, desde que solicitada por escrito à GRH pelo beneficiário titular e obedecidas as seguintes hipóteses:

12.1.1. Do plano básico para o superior, ou vice-versa: no aniversário do contrato, sem cumprimento de carência, desde que solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de renovação do contrato.

12.1.2. Do plano básico para o superior: a qualquer tempo, com cumprimento de carência e permanência mínima de 1 (um) ano, estando asseguradas as coberturas do plano básico;

12.1.3. do plano superior para o básico: a qualquer tempo, desde que tenha sido cumprido o período de permanência mínima de 1 (um) ano.

13. DAS CARÊNCIAS

13.1. Aos usuários que não aderirem automaticamente ao plano no ato da contratação, a operadora contratada poderá exigir o cumprimento de carência, nos termos do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, a saber:

- a. Prazo máximo de 300 (trezentos) dias para o parto a termo;
- b. Prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência; e

c. Prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

13.2. Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de renovação ou da celebração de novo contrato.

13.3. É isento de carência o servidor recém-empossado ocupante de cargo efetivo ou em comissão, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de sessenta dias contados da data do efetivo exercício.

13.4. Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos beneficiários aos respectivos planos.

14. DO CUSTEIO

14.1. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes no presente Termo de Referência é de responsabilidade da ANCINE, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.

14.2. O valor a ser despendido pela ANCINE com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

14.3. O valor da contrapartida de responsabilidade da ANCINE terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar e será repassada à operadora contratada na data estabelecida no contrato.

14.4. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido na assinatura do contrato.

14.4.1. A atualização das contribuições será efetuada mediante apresentação à ANCINE das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde.

15. DO DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO - CONSIGNÇÃO

15.1. O pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, sendo realizado pela Operadora contratada mediante consignação em folha de pagamento do Governo Federal, processada pelo Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, conforme as regras estabelecidas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão ou desconto em conta bancária indicada pelo servidor;

15.2. Poderá a Operadora contratada promover a rescisão unilateral do contrato do servidor que fraudar ou deixar de fazer o pagamento de seu plano por um prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quingüésimo) dia de inadimplência.

16. DA FORMALIZAÇÃO DA COBRANÇA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

16.1. A operadora contratada deverá apresentar Nota Fiscal/Fatura referente à prestação dos serviços executados no mês vencido, a partir do 1º dia útil do mês subsequente.

16.2. A ANCINE efetuará o pagamento em 5 (cinco) dias úteis, a contar da data de apresentação da Nota Fiscal/Fatura, desde que o documento não apresente divergências de valores ou dados.

16.2.1. Caso a Nota Fiscal/Fatura e/ou relatórios comprobatórios (item 17) apresentem qualquer divergência de valores ou dados, a mesma será devolvida para que seja devidamente retificada.

16.3. A ANCINE não se responsabilizará pelo período determinado pela compensação bancária para a disponibilização do valor na conta da operadora contratada.

17. DA DEMONSTRAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

17.1. Anexa à Nota Fiscal/Fatura a operadora deverá encaminhar mensalmente os seguintes relatórios impressos e em meio magnético:

17.1.1. Relatório de beneficiários: lista de beneficiários ativos, por modalidade, em ordem alfabética de titular e lista de movimentação (inclusão, exclusão e alteração) de beneficiários no mês.

17.1.2. Relatório de sinistralidade: gráfico demonstrativo de eventos de utilização dos recursos de saúde ocorridos no mês em questão.

17.1.3. Relatório bimestral de utilização da rede credenciada com os seguintes dados:

- I. Perfil etário;
- II. Despesa *per capita* por faixa da ANS, plano e sexo;
- III. Percentual de Sinistralidade da Carteira;
- IV. Indicadores sobre a Utilização Constando:
 - a. Consultas por beneficiário por ano;
 - b. Valor médio da consulta;
 - c. Percentual de frequência das 10 (dez) maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).
- V. Diagnose, compreendendo:
 - a. Exames por beneficiários por ano;
 - b. Exames por consulta por ano;
 - c. Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
 - d. Percentual de frequência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- VI. Terapias, compreendendo:
 - a. Valor médio;
 - b. Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
 - c. Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);
- VII. Internações Clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:
 - a. Tempo médio de dias de internação;
 - b. Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
 - c. Valor médio da internação;
 - d. Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).
- VIII. Prestadores:
 - a. curva ABC de prestadores X Utilização;
 - b. ranking financeiro dos 10 maiores prestadores de serviços;
 - c. percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, emergência etc.);
- IX. Casos Crônicos:
 - a. Identificação de casos crônicos;
 - b. Efetivação de monitoramento por meio da utilização;
 - c. Descrição das patologias;
 - d. Valor médio mensal por assistido;
 - e. Relatório técnico de acompanhamento.

Importante frisar que tais relatórios poderão ter periodicidade distinta ou serem solicitados sempre que necessários.

18. DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA

18.1. A operadora contratada deverá manter ativa, durante toda a vigência do contrato, quantidade igual ou superior de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, comunicando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos.

18.2. A operadora contratada deverá possuir serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24h (vinte e quatro horas), de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, e auxiliar os interessados na prestação de esclarecimentos e informações sobre a rede credenciada.

18.3. A operadora contratada deverá informar, por meio de catálogos ou livros, a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada para todas as suas modalidades, que deverá oferecer estabelecimentos em todo o território nacional, com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros para atendimento aos beneficiários.

19. DO PERFIL ETÁRIO DOS USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS

19.1. No intuito de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela empresa prestadora, informamos o quadro quantitativo de pessoal da ANCINE, seus dependentes e agregados, a saber:

Tabela 1 - Distribuição etária e por gênero do quadro de servidores em agosto/14.

Faixa etária	Sexo	
	masculino	feminino
Até 18 anos	-	-
19 a 23 anos	14	26
24 a 28 anos	41	31
29 a 33 anos	55	49
34 a 38 anos	71	32
39 a 43 anos	31	23
44 a 48 anos	16	7
49 a 53 anos	16	13
54 a 58 anos	13	6
59 anos ou mais	10	4
Subtotal	267	191
Total	458	

Tabela 2 - Distribuição geográfica do quadro de servidores em agosto de 2014.

Cidade	nº de servidores
Brasília	5
Rio de Janeiro	449

São Paulo	4
Total	458

Tabela 3 - Distribuição etária e por gênero do quadro atual de servidores e dependentes, associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE em agosto/2014.

	Servidores		Dependentes		Agregados		Total por faixa etária
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Até 18 anos	0	0	37	43	1	0	81
19 a 23 anos	1	3	13	7		1	25
24 a 28 anos	25	13	1	11	0	1	51
29 a 33 anos	41	25	12	18		1	97
34 a 38 anos	49	23	4	16	0	0	92
39 a 43 anos	24	12	3	13	2	0	54
44 a 48 anos	15	9	2	4	1	0	31
49 a 53 anos	9	9	2	3	0	0	23
54 a 58 anos	8	3	1	3	0	8	23
59 anos ou mais	5	3	0	0	9	18	35
Subtotal	177	100	75	118	13	29	512
Total por grupo	277		193		42		
Total	512						

Tabela 4 - Distribuição geográfica de servidores associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE (beneficiários titulares) em agosto/2014.

Cidade	nº de servidores
Brasília	3
Rio de Janeiro	271
São Paulo	3
Total	277

Tabela 5 - Distribuição de servidores e dependentes associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE, por modalidade em agosto/2014.

Modalidade de Plano	nº de beneficiários
Básico	77
Especial	435
Total	512

19.2. Atualmente, o plano odontológico conta com 141 (cento e quarenta e um) associados, entre titulares e dependentes.

19.3. A ANCINE não se obriga, em hipótese alguma, a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados são meramente informativos, visto que a adesão aos planos é facultativa.

20. DAS PENALIDADES

20.1. Especificamente para efeito de aplicação de multas, serão atribuídos graus às infrações, conforme as tabelas A e B constantes do Anexo IA deste Termo de Referência.

21. DO REAJUSTE DOS PREÇOS E REEQUILIBRIO

21.1. Após 1 (um) ano contado da assinatura do contrato e observado o índice de sinistralidade apurado no período, os preços contratados poderão sofrer reajustes mediante aplicação do Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice relativo de reajustes de planos individuais de saúde da ANS, nas seguintes condições:

21.1.1. Quando a sinistralidade for menor do que 60% (sessenta por cento) não haverá aplicação do índice de reajuste;

21.1.2. Quando a sinistralidade for igual ou maior a 60% (sessenta por cento) e menor que 75% (setenta e cinco por cento) poderá ser aplicado índice de reajuste;

21.1.2.1. Dentre os índices previstos no subitem 21.1, deverá ser utilizado para reajuste do contrato o de menor valor final.

21.1.3. Quando a sinistralidade for igual ou maior a 75% (setenta e cinco por cento) o contrato poderá ser reequilibrado conforme estabelecido.

21.2. A sinistralidade deverá ser apurada com base na comprovação dos elementos de custo que a compõe na forma descrita no item 17.1.2.

22. DA PROPOSTA DE PREÇOS

22.1. A operadora deverá apresentar proposta de acordo com as especificidades descritas no presente Termo de Referência, e os preços deverão segmentados por faixa etária, conforme a resolução nº 63 da ANS.

22.2. A proposta de preços deverá ser elaborada considerando a estimativa de beneficiários potenciais discriminada no item 18.3 (Tabela 3).

22.2.1. A estimativa apresentada no referido item não gera qualquer obrigação para a ANCINE, cabendo a cada beneficiário titular a livre escolha de inscrição na modalidade que julgar mais adequada ao seu caso específico.

22.3. Nos valores da proposta já deverão estar inclusos todos os custos necessários ao cumprimento integral do objeto do presente Termo de Referência.

22.4. Para apresentação da proposta de preços deverão ser preenchidas as planilhas constantes no Anexo II deste Edital.

23. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

23.1. Será declarada vencedora a proposta que atender a todos os requisitos técnicos e especificações previstos neste Termo de Referência e ofertar o **MENOR PREÇO GLOBAL ANUAL**, incluindo todos os custos diretos e indiretos pertinentes, desde que atenda a todos os requisitos de habilitação.

23.1.1. Ficará a operadora obrigada a praticar todos os preços apresentados na proposta.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1. Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

24.2. A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

24.3. O credenciamento de profissionais e estabelecimentos de saúde é de exclusiva competência e responsabilidade da Contratada, sem transferência de responsabilidade ou subcontratação.

24.4. O contrato de prestação de serviço terá vigência de 1 (um) ano e no caso de seu encerramento ou cancelamento não será permitido à Contratada sucessora, na forma do item 13.1, exigir novas carências dos beneficiários já inscritos na contratada anterior;

24.5. Para celebrar o contrato com a ANCINE, na forma do disposto no artigo 1º, inciso II, do Decreto 4.978 de 3 de fevereiro de 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010 de 9 de março de 2004, a empresa prestadora de serviços de assistência à saúde deverá:

- a) possuir autorização de funcionamento expedida pela ANS, ou comprovar regularidade no processo instaurado na referida Agência;
- b) ter sido selecionada através de processo competente observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na Portaria Normativa expedida pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento nº5, de 11 de outubro de 2010.

24.6. Para cumprimento do disposto no artigo anterior, a Gerência de Recursos Humanos – GRH da ANCINE designará um representante para atuar junto à Contratada, nos termos do contrato.

24.7. O presente Termo de Referência regulará a contratação pela ANCINE de empresas de prestação de serviços de assistência à saúde, cuja vigência do contrato será a partir de 1º de dezembro de 2013.

25. DA RESPONSABILIDADE PELO TERMO DE REFERÊNCIA

25.1. Este Termo de Referência foi elaborado pelo servidor abaixo assinado, no uso de suas atribuições legais e profissionais, estando em consonância com as disposições legais e normativas aplicáveis, sendo objeto de exame e, no caso de concordância, aprovação pela Secretária de Gestão Interna da ANCINE.

Em 05 de agosto de 2014.

ASSINATURAS	
Elaborador	Coordenador

LÍDIA GAMA DELGADO	ALESSANDRO TEIXEIRA COELHO
---------------------------	-----------------------------------

1. De acordo;
2. Considerando que a especificação do objeto e demais condições descritas atendem integralmente a necessidade desta Agência.

Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2014.

ADRIANO MORAES FERREIRA
Gerente de Recursos Humanos

ANEXO IA

Tabela A

Grau	Correspondência
01	0,2% por dia sobre o valor mensal do contrato
02	0,4% por dia sobre o valor mensal do contrato
03	0,8% por dia sobre o valor mensal do contrato
04	1,6% por dia sobre o valor mensal do contrato
05	3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela B

<i>Infração</i>		
Item	Descrição	Grau
01	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento.	05
02	Quebrar o sigilo sobre documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do Contrato.	04
03	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia.	02
04	Não apresentar, no ato da assinatura do contrato, relação dos serviços prestados e profissionais credenciados.	04
Para os itens seguintes, deixar de:		
05	Emitir, para cada beneficiário cadastrado, no prazo máximo de 15 dias, identificação que o habilitará, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pela CONTRATADA, a utilizar os serviços contratados.	01
06	Cumprir determinação formal ou instrução do fiscalizador, por ocorrência.	02
07	Enviar, mensalmente, os relatórios constantes no item 17 deste Termo.	03
08	Manter a sua Rede de Atendimento atualizada, em número igual ou superior ao existente no ato da assinatura do contrato, promovendo os credenciamentos necessários e que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência.	03
09	Disponibilizar serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24h (vinte e quatro horas) para informações pertinentes aos serviços.	01
10	Indicar representante ou gestor credenciado com poder decisório.	02
11	Cumprir quaisquer dos itens do edital e de seus anexos não previstos nesta tabela de multas, por item e por ocorrência.	01

12	Cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência.	02
----	--	----

ANEXO II
PREGÃO ELETRÔNICO N° 029/2014
PROCESSO N° 01580.055797/2014-75
MODELO DE PLANILHA DE PREÇO

Nome:	
Razão social	
CNPJ	
Endereço	
Bairro	
CEP	
Cidade	
Telefone	
Fax	
E-mail	

Planos de Saúde

Plano Básico - Nome do plano:

Faixa etária	quantidade de usuários (A)	quantidade de meses (B)	valor mensal por usuário (R\$) (C)	Valor total anual (D)
De 0 a 18 anos	81	12		R\$
De 19 a 23 anos	25	12		R\$
De 24 a 28 anos	51	12		R\$
De 29 a 33 anos	97	12		R\$
De 34 a 38 anos	92	12		R\$
De 39 a 43 anos	54	12		R\$
De 44 a 48 anos	31	12		R\$
De 49 a 51 anos	23	12		R\$
De 54 a 58 anos	23	12		R\$
De 59 anos ou mais	35	12		R\$
Valor Total	512			R\$

PREÇO GLOBAL para o período de 12 meses = R\$ _____ (_____)

Plano Superior - Nome do plano:

Faixas etárias	quantidade de usuários	quantidade de meses	valor mensal por usuário (R\$)
De 0 a 18 anos	81	12	
De 19 a 23 anos	25	12	
De 24 a 28 anos	51	12	
De 29 a 33 anos	97	12	
De 34 a 38 anos	92	12	
De 39 a 43 anos	54	12	
De 44 a 48 anos	31	12	
De 49 a 51 anos	23	12	
De 54 a 58 anos	23	12	
De 59 anos ou mais	35	12	

Plano Superior - Nome do plano:

Faixas etárias	quantidade de usuários	quantidade de meses	valor mensal por usuário (R\$)
De 0 a 18 anos	81	12	
De 19 a 23 anos	25	12	
De 24 a 28 anos	51	12	
De 29 a 33 anos	97	12	
De 34 a 38 anos	92	12	
De 39 a 43 anos	54	12	
De 44 a 48 anos	31	12	
De 49 a 51 anos	23	12	
De 54 a 58 anos	23	12	
De 59 anos ou mais	35	12	

**Serviços
Complementares:**

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Transporte aeromédico	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Atendimento domiciliar de urgência e emergência e remoção por meio de UTI móvel	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Plano Odontológico	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)

Observações:

- a) A licitante deverá ofertar preços para todas as faixas etárias.
- b) Para os serviços complementares, a licitante poderá ofertar preços somente para os itens de interesse.

ANEXO III
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 029/2014
PROCESSO Nº 01580.055797/2014-75
MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL

(em papel timbrado da licitante)

Rio de Janeiro, _____, de _____ de 2014.

À

AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA

Rua Teixeira de Freitas nº 31, 2º andar - Lapa – Rio de Janeiro/RJ

Att.: Pregoeiro

Ref.: **Pregão n.º 000/2014-ANCINE**

Prezados Senhores,

1. Atendendo à convocação feita pelo Edital do Pregão Eletrônico nº 029/2014, que tem por objeto a contratação de serviços de prestação de serviços de assistência médica (ambulatorial e hospitalar) aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas da Agência Nacional do Cinema - ANCINE, com abrangência em todo território nacional, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas no Edital e seus anexos, declarando expressamente, que:
 - a) Concordamos, sem qualquer restrição, com as condições indicadas no Edital e seus anexos, comprometendo-nos a fornecer os materiais rigorosamente de acordo com o estabelecido no **ANEXO I** – Termo de Referência que acompanha o Edital desta licitação;
 - b) Comunicaremos a **ANCINE** a eventual superveniência de fato que implique em alteração da habilitação e qualificação desta firma;
 - c) Declaramos que conhecemos a legislação de regência desta licitação;
 - d) Declaramos, também, que nenhum direito à indenização ou a reembolso de quaisquer despesas nos será devido, caso nossa Proposta não seja aceita pela **ANCINE**, seja qual for o motivo;
 - e) Propomos prestar, sob nossa integral responsabilidade, os serviços objeto do referido Pregão, pelo valor global de R\$ _____ (_____), em correspondência aos valores constantes da Planilha de Preços, em anexo.
 - f) A presente proposta é válida por 60 (sessenta) dias, a contar da data estabelecida para a sua abertura. Se, por motivo de força maior, a adjudicação não ocorrer dentro do período de validade e, caso persista o interesse da **ANCINE**, esta poderá solicitar a prorrogação geral da validade acima referida;
 - g) Os pagamentos deverão ser creditados à Conta-Corrente n.º _____, Agência _____, Banco _____;
 - h) O procurador da empresa, cujo C.N.P.J./MF é _____, que assinará o Contrato, é o(a) Sr.(a) _____, CPF n.º _____;

(Assinatura do Representante Legal/Procurador)

ANEXO IV

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 029/2014
PROCESSO Nº 01580.055797/2014

MINUTA DE CONTRATO Nº 000/2014

CONTRATO DE QUE ENTRE SI CELEBRAM A AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA - ANCINE E A EMPRESA....., VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA (AMBULATORIAL E HOSPITALAR) AOS SERVIDORES ATIVOS E INATIVOS, SEUS DEPENDENTES E PENSIONISTAS DA AGENCIA NACIONAL DO CINEMA.

A AGÊNCIA NACIONAL DO CINEMA – ANCINE, autarquia federal de natureza especial, instituída pela Medida Provisória nº 2228-1, de 6 de setembro de 2001, com Escritório Central na Cidade do Rio de Janeiro/RJ, na Avenida Graça Aranha, 35, Centro, inscrita no CNPJ/MF sob o Nº 04.884.574/0001-20, neste ato representada por seu Diretor-Presidente, MANOEL RANGEL NETO, nomeado pelo Decreto de 16/05/2013, publicado no Diário Oficial da União de 17/05/2013, inscrito no CPF/MF sob o N.º 136.524.478-40, Cédula de Identidade N.º 1.552.574, expedida pela SSP/GO, residente e domiciliado nesta Cidade, doravante denominada CONTRATANTE, e o(a) inscrito(a) no CNPJ/MF sob o nº, sediado(a) na, em doravante designada CONTRATADA, neste ato representada pelo(a) Sr.(a), portador(a) da Carteira de Identidade nº, expedida pela (o), e CPF nº, tendo em vista o que consta no Processo nº e em observância às disposições da Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, o Decreto nº 5450, de 31 de maio de 2005, o artigo 230 da Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, o Decreto nº. 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, modificado pelo Decreto nº. 5.010, de 9 de março de 2004, a Portaria MPOG/SRH nº. 1, de 27 de dezembro de 2007, a Lei 9.656/98 e suas atualizações, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), a Portaria Normativa nº 5 de 11 de outubro de 2010 do Ministério do Planejamento, e, subsidiariamente, a Lei nº 8666/93, resolvem celebrar o presente Contrato, decorrente do Pregão nº 029/2014, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de serviços de prestação de serviços de assistência médica (ambulatório e hospitalar) aos servidores ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas da Agência Nacional do Cinema - ANCINE, **com abrangência em todo território nacional**, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990 e Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que serão prestados nas condições estabelecidas no Termo de Referência, anexo do Edital.
- 1.2. Os serviços contratados deverão estar de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações, e as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

- 1.3. Todos os planos oferecidos aos servidores beneficiários vinculados a ANCINE terão como características:
 - 1.3.1 serem privados coletivos empresariais, pela oferta à massa delimitada de beneficiários, com adesão espontânea e opcional desses; e
 - 1.3.2 não admitirem agravo ou cobertura parcial temporária relacionada à doenças ou lesões preexistentes.
- 1.4 É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento de plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas na Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- 1.5 É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 1.6 Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e à proposta vencedora, independentemente de transcrição.

2 CLÁUSULA SEGUNDA – DOS USUÁRIOS

2.1 São considerados beneficiários titulares:

2.1.1 os servidores ativos, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público vinculado a órgão ou entidade da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações.

2.1.1.1 Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

2.1.2 os pensionistas da ANCINE.

2.1.2.1 Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, desde que façam a opção, por escrito à Gerência de Recursos Humanos - GRH, por permanecer como beneficiário do plano junto à ANCINE.

2.1.2.2 Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

2.2 São considerados beneficiários dependentes:

- a. o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;
- b. o companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c. a pessoa separada judicialmente ou divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente com percepção de pensão alimentícia;
- d. os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e. os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- f. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e";
- g. a existência do dependente constante nas alíneas "a" ou "b" desobriga a assistência à saúde do dependente constante na alínea "c";
- h. os associados vinculados atualmente ao plano de saúde contratado, na condição de dependentes agregados, serão mantidos sem sofrer qualquer tipo de alteração quanto ao plano dos demais associados.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS INCLUSÕES

- 3.1 É voluntária a inscrição de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010.
- 3.2 A adesão aos planos oferecidos aos beneficiários vinculados à ANCINE será espontânea e opcional, não admitindo agravo ou cobertura parcial temporária relacionada às doenças ou lesões preexistentes.
- 3.3 A escolha do plano de saúde ficará a critério do titular, sendo que os dependentes deverão ser inscritos, obrigatoriamente, na mesma modalidade escolhida.
 - 3.3.1 Não será permitida a inclusão de dependentes sem a inclusão do titular.
- 3.4 É assegurada a inclusão:
 - 3.4.1 do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;
 - 3.4.2 o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante.
 - 3.4.3 do cônjuge, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o casamento civil.
- 3.5 Caberá a ANCINE encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição junto à operadora contratada.
- 3.6 A comunicação de inscrição de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser feita de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato com a operadora, sendo essa data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.
 - 3.6.1 As inclusões terão vigência cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente da data limite estabelecida em contrato.
- 3.7 Caberá à ANCINE a apresentação de documentos que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, do pensionista, e da relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela operadora.
- 3.8 É garantida a manutenção no Plano dos servidores exonerados, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

CLÁUSULA QUARTA - DAS EXCLUSÕES

- 4.1 É voluntária a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata a Portaria SRH/MP nº 05, de 11 de outubro de 2010, e implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.
 - 4.1.1 Caberá a ANCINE encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, para a efetivação da exclusão junto à operadora contratada.
- 4.2 A exclusão se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença e demissão, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no artigo 30 da Lei 9.656/98.
- 4.3 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº

8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

- 4.4 Independentemente das situações previstas nos itens 4.2 e 4.3, a exclusão do servidor se dará também por fraude ou inadimplência.
- 4.5 A comunicação de exclusão de beneficiário no plano de assistência à saúde deverá ser realizada, por escrito à GRH, de acordo com as datas que forem estabelecidas no contrato.
 - 4.5.1 As exclusões terão vigência cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente da data limite estabelecida em contrato, sendo garantida a cobertura até o último dia do mês em que ocorreu a formalização do pedido de exclusão.
- 4.6 O beneficiário titular poderá solicitar, a qualquer tempo, cancelamento do plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição ou participação.
 - 4.6.1 O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes, junto à operadora contratada.
- 4.7 O pedido de exclusão deverá ser formalizado junto à GRH da ANCINE, que dará ciência do cancelamento à contratada, de acordo com as datas estabelecidas no contrato ou no regulamento do serviço prestado.
- 4.8 É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.
- 4.9 Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no item 4.8 não exime o beneficiário da quitação dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade.
- 4.10 Os beneficiários excluídos do plano de assistência terão seus cartões de identificação recolhidos pela ANCINE, que os devolverão à operadora.
- 4.11 A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

CLÁUSULA QUINTA - DOS TIPOS DE PLANOS

- 5.1 As operadoras contratadas deverão oferecer planos com as seguintes características:
 - 5.1.1 **plano de saúde básico:** deverá cobrir os custos relativos aos atendimentos ambulatorial, obstétricos, fisioterápicos e psicológicos; à assistência farmacêutica; às internações hospitalares, **com padrão enfermaria**, incluindo centro de terapia intensiva ou similar; os tratamentos, realizados exclusivamente no país, de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde de Organização Mundial de Saúde, incluindo-se os procedimentos elencados no Item 6 do presente Termo de Referência e acrescidos daqueles previstos no Rol e Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente.
 - 5.1.2 **plano de saúde superior:** deverá cobrir os custos relativos aos atendimentos ambulatorial, obstétricos, fisioterápicos e psicológicos; à assistência farmacêutica; às internações hospitalares, **com padrão apartamento privativo**, incluindo centro de terapia intensiva ou similar; os tratamentos, realizados exclusivamente no país, de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde de Organização Mundial de Saúde, incluindo-se os procedimentos elencados no Item 6 do presente Termo de Referência e acrescidos daqueles previstos na Resolução Normativa nº 211/2010, da Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS, e demais normas reguladoras vigentes durante o período de execução do contrato.

5.1.2.1 Na modalidade de Plano Superior a contratada deverá apresentar outros tipos de planos, com rede hospitalar e laboratorial em número superior à do Plano Básico, crescente e cumulativa, incluindo hospitais de referência nas capitais brasileiras.

5.2 A operadora contratada poderá oferecer e disponibilizar, sem custo adicional à Contratante, serviços especiais opcionais aos planos disponibilizados, com ônus exclusivamente ao servidor contratante, tais como assistência odontológica, atendimento domiciliar de urgência e emergência, durante vinte e quatro horas, por meio de ambulâncias ou Unidades de Terapia Intensiva - UTI móveis, transporte aeromédico, entre outros.

CLÁUSULA SEXTA - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1 Do Plano de Saúde:

6.1.1 A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11, 12 e 13 de 1998.

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

6.1.2.1 consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

6.1.2.2 apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

6.1.2.3 atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze) horas do atendimento, durante a carência para o plano médico hospitalar.

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

6.1.3.1 internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;

6.1.3.2 internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

6.1.3.3 diária de internação hospitalar;

6.1.3.4 despesa referente aos honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

6.1.3.5 exames e procedimentos complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- 6.1.3.6** taxas hospitalares referentes à assistência médica e hospitalar, incluindo os materiais utilizados durante o período de internação, relacionadas ao evento médico;
- 6.1.3.7** acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- 6.1.3.8** cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
 - 6.1.3.8.1** cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 6.1.3.9** cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- 6.1.3.10** órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- 6.1.3.11** procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;
- 6.1.3.12** assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- 6.1.3.13** cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - a)** as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b)** os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c)** o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
- 6.1.3.14** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada/referenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada sua transferência.
- 6.1.3.15** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora, no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.
- 6.1.3.16** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

- 7.2** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 7.3** É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:
- 7.3.1** O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação.
- 7.3.2** O atendimento de urgência, decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

CLÁUSULA OITAVA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 8.1** As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998 e suas atualizações, e as Resoluções do CONSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:
- 8.1.1** tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 8.1.2** atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 8.1.3** procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 8.1.4** cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 8.1.5** inseminação artificial;
- 8.1.6** tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 8.1.7** tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 8.1.8** transplantes, com a exceção dos procedimentos previstos no subitem 6.1.3.13 e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 8.1.9** fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 8.1.10** fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 8.1.11** fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- 8.1.12** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 8.1.13** casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 8.1.14** aplicação de vacinas preventivas;
- 8.1.15** necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 8.1.16** aparelhos ortopédicos, com a exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 8.1.17** aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 8.1.18** procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e

8.1.19 consulta, tratamento ou outro procedimento concernente às especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM.

CLÁUSULA NONA - DO REEMBOLSO

- 9.1** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:
- 9.1.1 Quando não houver estabelecimentos de saúde e/ou profissional da rede própria ou credenciada pela operadora habilitados para prestar o atendimento na localidade onde o beneficiário se encontre no momento em que necessite do serviço ou procedimento, desde que pertencente à área de abrangência geográfica do plano;
 - 9.1.2 Caso configure-se urgência ou emergência, devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
 - 9.1.3 Caso haja paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.
- 9.2** O pagamento do reembolso previsto nos itens 9.1.1 e 9.1.2 será efetuado integralmente de acordo com a nota fiscal e/ou recibo apresentado pelo associado.
- 9.2.1 O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos abaixo elencados, em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:
 - 9.2.2 Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - 9.2.3 Recibos originais de pagamento dos honorários médicos;
 - 9.2.4 Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - 9.2.5 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 9.3** Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA REMOÇÃO

- 10.1** Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.
- 10.2** Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 (vinte e quatro) horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:
- 10.2.1** Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;
 - 10.2.2** Caberá à contratada o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, com o intuito de garantir a continuidade do atendimento;

- 10.2.3** A operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- 10.2.4** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no subitem 10.2.2, a contratada estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 11.1** O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.
- 11.2** Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.
- 11.3** O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.
- 11.4** No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.
- 11.5** A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
- 11.5.1** Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.
- 11.5.2** Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.
- 11.5.2.1** A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
- 11.6** A operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.
- 11.6.1** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação à ANS, à Contratante e aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- 11.6.1.1** Na hipótese de ocorrer substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

- 11.7 Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
- 11.8 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve obedecer aos prazos máximos estabelecidos pela ANS e atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como os beneficiários com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.
- 11.9 A operadora contratada deverá fornecer ao beneficiário a carteira de identificação que conste seu nome e o plano a qual está vinculado, cuja sua apresentação no momento do atendimento, acompanhada de documento de identidade, assegure o direito à utilização do serviço contratado.
- 11.10 A operadora contratada deverá fornecer no momento da adesão ao plano um guia médico para cada beneficiário titular, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, centros médicos, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, conforme o domicílio dos beneficiários.
- 11.11 No caso de redimensionamento de rede hospital, é necessária autorização prévia da ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO DOS TIPOS DE MODALIDADES

- 12.1 A alteração poderá ocorrer tanto para um plano de modalidade superior, quanto para um de modalidade inferior, desde que solicitada por escrito à GRH pelo beneficiário titular e obedecidas as seguintes hipóteses:
 - 12.1.1 do plano básico para o superior, ou vice-versa: no aniversário do contrato, sem cumprimento de carência, desde que solicitado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de renovação do contrato.
 - 12.1.2 do plano básico para o superior: a qualquer tempo, com cumprimento de carência e permanência mínima de 1 (um) ano, estando asseguradas as coberturas do plano básico;
 - 12.1.3 do plano superior para o básico: a qualquer tempo, desde que tenha sido cumprido o período de permanência mínima de 1 (um) ano.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS CARÊNCIAS

- 13.1 Aos usuários que não aderirem automaticamente ao plano no ato da contratação, a operadora contratada poderá exigir o cumprimento de carência, nos termos do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, a saber:
 - a. prazo máximo de 300 (trezentos) dias para o parto a termo;
 - b. prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência; e
 - c. prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.
- 13.2 Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da data de início de renovação ou da celebração de novo contrato.
- 13.3 É isento de carência o servidor recém-empossado ocupante de cargo efetivo ou em comissão, bem como seus dependentes, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de sessenta dias contados da data do efetivo exercício.
- 13.4 Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos beneficiários aos respectivos planos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO CUSTEIO

- 14.1** O custeio da assistência à saúde complementar dos beneficiários constantes no Termo de Referência é de responsabilidade da ANCINE, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, condicionado à disponibilidade orçamentária, e dos servidores, ressalvados os casos previstos em lei específica.
- 14.2** O valor a ser despendido pela ANCINE com assistência à saúde complementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.
- 14.3** O valor da contrapartida de responsabilidade da ANCINE terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde complementar e será repassada à operadora contratada na data estabelecida no contrato.
- 14.4** A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde complementar, corresponderá a um valor fixo definido na assinatura do contrato.
- 14.4.1** A atualização das contribuições será efetuada mediante apresentação à ANCINE das planilhas demonstrativas de custos assistenciais dos planos de saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO-CONSIGNÇÃO

- 15.1** O pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor, sendo realizado pela Operadora contratada mediante consignação em folha de pagamento do Governo Federal, processada pelo Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, conforme as regras estabelecidas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão ou desconto em conta bancária indicada pelo servidor;
- 15.2** Poderá a Operadora contratada promover a rescisão unilateral do contrato do servidor que fraudar ou deixar de fazer o pagamento de seu plano por um prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA - DA FORMALIZAÇÃO DA COBRANÇA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 16.1** A operadora contratada deverá apresentar Nota Fiscal/Fatura referente à prestação dos serviços executados no mês vencido, a partir do 1º dia útil do mês subsequente.
- 16.2** A ANCINE efetuará o pagamento em 5 (cinco) dias úteis, a contar da data de apresentação da Nota Fiscal/Fatura, desde que o documento não apresente divergências de valores ou dados.
- 16.2.1** Caso a Nota Fiscal/Fatura e/ou relatórios comprobatórios (Cláusula Décima Sétima) apresentem qualquer divergência de valores ou dados, a mesma será devolvida para que seja devidamente retificada.
- 16.3** A ANCINE não se responsabilizará pelo período determinado pela compensação bancária para a disponibilização do valor na conta da operadora contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA DEMONSTRAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

- 17.1** Anexa à Nota Fiscal/Fatura a operadora deverá encaminhar mensalmente os seguintes relatórios impressos e em meio magnético:
- 17.1.1** Relatório de beneficiários: lista de beneficiários ativos, por modalidade, em ordem alfabética de titular e lista de movimentação (inclusão, exclusão e alteração) de beneficiários no mês.
- 17.1.2** Relatório de sinistralidade: gráfico demonstrativo de eventos de utilização dos recursos de saúde ocorridos no mês em questão.

17.1.3 Relatório bimestral de utilização da rede credenciada com os seguintes dados:

- I. Perfil etário;
- II. Despesa *per capita* por faixa da ANS, plano e sexo;
- III. Percentual de Sinistralidade da Carteira;
- IV. Indicadores sobre a Utilização Constando:
 - a. Consultas por beneficiário por ano;
 - b. Valor médio da consulta;
 - c. Percentual de frequência das 10 (dez) maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).
- V. Diagnose, compreendendo:
 - a. Exames por beneficiários por ano;
 - b. Exames por consulta por ano;
 - c. Valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
 - d. Percentual de frequência das 10 (dez) maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
- VI. Terapias, compreendendo:
 - a. Valor médio;
 - b. Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total;
 - c. Percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);
- VII. Internações Clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:
 - a. Tempo médio de dias de internação;
 - 2. Percentual de internados em relação ao total da população por ano;
 - 3. Valor médio da internação;
 - 4. Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).
- VIII. Prestadores:
 - a. curva ABC de prestadores X Utilização;
 - b. ranking financeiro dos 10 maiores prestadores de serviços;
 - c. percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, emergência etc.);
- IX. Casos Crônicos:
 - a. Identificação de casos crônicos;
 - b. Efetivação de monitoramento por meio da utilização;
 - c. Descrição das patologias;
 - d. Valor médio mensal por assistido;
 - e. Relatório técnico de acompanhamento.

17.2 Importante frisar que tais relatórios poderão ter periodicidade distinta ou serem solicitados sempre que necessários.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA

- 18.1** A operadora contratada deverá manter ativa, durante toda a vigência do contrato, quantidade igual ou superior de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, comunicando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos.
- 18.2** A operadora contratada deverá possuir serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24h (vinte e quatro horas), de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, e auxiliar os interessados na prestação de esclarecimentos e informações sobre a rede credenciada.

- 18.3** A operadora contratada deverá informar, por meio de catálogos ou livros, a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada para todas as suas modalidades, que deverá oferecer estabelecimentos em todo o território nacional, com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e prontos-socorros para atendimento aos beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO PERFIL ETÁRIO DOS USUÁRIOS A SEREM INSCRITOS

- 19.1** No intuito de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela empresa prestadora, informamos o quadro quantitativo de pessoal da ANCINE, seus dependentes e agregados, a saber:

Tabela 1 - Distribuição etária e por gênero do quadro de servidores em agosto/14.

Faixa etária	Sexo	
	masculino	feminino
Até 18 anos	-	-
19 a 23 anos	14	26
24 a 28 anos	41	31
29 a 33 anos	55	49
34 a 38 anos	71	32
39 a 43 anos	31	23
44 a 48 anos	16	7
49 a 53 anos	16	13
54 a 58 anos	13	6
59 anos ou mais	10	4
Subtotal	267	191
Total	458	

Tabela 2 - Distribuição geográfica do quadro de servidores em agosto de 2014.

Cidade	nº de servidores
Brasília	5
Rio de Janeiro	449
São Paulo	4
Total	458

Tabela 3 - Distribuição etária e por gênero do quadro atual de servidores e dependentes, associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE em agosto/2014.

	Servidores		Dependentes		Agregados		Total por faixa etária
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Até 18 anos	0	0	37	43	1	0	81
19 a 23 anos	1	3	13	7		1	25
24 a 28 anos	25	13	1	11	0	1	51
29 a 33 anos	41	25	12	18		1	97
34 a 38 anos	49	23	4	16	0	0	92
39 a 43 anos	24	12	3	13	2	0	54
44 a 48 anos	15	9	2	4	1	0	31
49 a 53 anos	9	9	2	3	0	0	23
54 a 58 anos	8	3	1	3	0	8	23
59 anos ou mais	5	3	0	0	9	18	35
Subtotal	177	100	75	118	13	29	512
Total por grupo	277		193		42		
Total	512						

Tabela 4 - Distribuição geográfica de servidores associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE (beneficiários titulares) em agosto/2014.

Cidade	nº de servidores
Brasília	3
Rio de Janeiro	271
São Paulo	3
Total	277

Tabela 5 - Distribuição de servidores e dependentes associados ao plano de saúde atualmente contratado pela ANCINE, por modalidade em agosto/2014.

Modalidade de Plano	nº de beneficiários
Básico	77
Especial	435

Total	512
--------------	------------

- 19.2** Atualmente, o plano odontológico conta com 141 (cento e quarenta e um) associados, entre titulares e dependentes.
- 19.3** A ANCINE não se obriga, em hipótese alguma, a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados são meramente informativos, visto que a adesão aos planos é facultativa.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA – VIGÊNCIA

- 20.1** O prazo de vigência será de 12 (doze) meses, podendo, no interesse da Administração, ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme dispõe o inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.
- 20.2** A CONTRATADA obriga-se a manifestar sua intenção de não prorrogar o contrato no prazo de 90 (noventa) dias antes do término do prazo de vigência, entendendo-se o silêncio da Contratada como anuência quanto à prorrogação.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – PREÇO

- 21.1** O valor total da contratação é de R\$ (.....)
- 21.2** No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação, conforme planilha, abaixo:

Plano Básico - Nome do plano:

Faixa etária	quantidade de usuários (A)	quantidade de meses (B)	valor mensal por usuário (R\$) (C)	Valor total anual (D)
De 0 a 18 anos	81	12		R\$
De 19 a 23 anos	25	12		R\$
De 24 a 28 anos	51	12		R\$
De 29 a 33 anos	97	12		R\$
De 34 a 38 anos	92	12		R\$
De 39 a 43 anos	54	12		R\$
De 44 a 48 anos	31	12		R\$
De 49 a 51 anos	23	12		R\$
De 54 a 58 anos	23	12		R\$
De 59 anos ou mais	35	12		R\$
Valor Total	512			R\$
PREÇO GLOBAL para o período de 12 meses = R\$ _____ (_____)				

Plano Superior - Nome do plano:

Faixas etárias	quantidade de usuários	quantidade de meses	valor mensal por usuário (R\$)
De 0 a 18 anos	81	12	
De 19 a 23 anos	25	12	
De 24 a 28 anos	51	12	
De 29 a 33 anos	97	12	
De 34 a 38 anos	92	12	
De 39 a 43 anos	54	12	
De 44 a 48 anos	31	12	
De 49 a 51 anos	23	12	
De 54 a 58 anos	23	12	
De 59 anos ou mais	35	12	

Plano Superior - Nome do plano:

Faixas etárias	quantidade de usuários	quantidade de meses	valor mensal por usuário (R\$)
De 0 a 18 anos	81	12	
De 19 a 23 anos	25	12	
De 24 a 28 anos	51	12	
De 29 a 33 anos	97	12	
De 34 a 38 anos	92	12	
De 39 a 43 anos	54	12	
De 44 a 48 anos	31	12	
De 49 a 51 anos	23	12	
De 54 a 58 anos	23	12	
De 59 anos ou mais	35	12	

**Serviços
Complementares:**

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Transporte aeromédico	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Atendimento domiciliar de urgência e emergência e remoção por meio de UTI móvel	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)
Plano Odontológico	

Serviço	Valor mensal por usuário (R\$)

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

22.1 As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da Ancine, para o exercício de 2014.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – PAGAMENTO

- 23.1 O pagamento será efetuado pela Contratante no prazo de 10 (dez) dias, contados da apresentação da Nota Fiscal/Fatura contendo o detalhamento dos serviços executados e os materiais empregados, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.
- 23.2 A apresentação da Nota Fiscal/Fatura deverá ocorrer no prazo de 5 dias úteis dias, contado da data final do período de adimplemento da parcela da contratação a que aquela se referir.
- 23.3 O pagamento somente será autorizado depois de efetuado o “atesto” pelo servidor competente, condicionado este ato à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada em relação aos serviços efetivamente prestados e aos materiais empregados.
- 23.4 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de

- penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.
- 23.5** Nos termos do artigo 36, § 6º, da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 02, de 2008, será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:
- 23.5.1 não produziu os resultados acordados;
 - 23.5.2 deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;
 - 23.5.3 deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.
- 23.6** Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
- 23.7** Os pagamentos somente poderão ser efetuados, após a comprovação da regularidade da **CONTRATADA** no **SICAF**, por meio de consulta **“ON LINE”** pela **ANCINE**, ou mediante a apresentação da documentação obrigatória (RECEITA FEDERAL, DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, FGTS e INSS), devidamente atualizadas.
- 23.8** Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.
- 23.9** Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
- 23.10** Persistindo a irregularidade, a contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.
- 23.11** Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação junto ao SICAF.
- 23.12** Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante, não será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente no SICAF.
- 23.13** Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
- 23.13.1 A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.
- 23.14** Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela, é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

EM = I x N x VP, sendo:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela a ser paga.

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

I = (TX) I = $\frac{(6/100)}{365}$ I = 0,00016438

TX = Percentual da taxa anual = 6%.

- 23.15** Em cumprimento ao disposto no art. 64 da Lei n.º 9.430, de 27/12/96, a **ANCINE** reterá, na fonte, o imposto sobre a renda da Pessoa Jurídica – **IRPJ**, bem assim a contribuição sobre o lucro líquido, a contribuição para a seguridade social – **COFINS** e a contribuição para o **PIS/PASEP** sobre os pagamentos que efetuar a pessoas jurídicas que não apresentarem a cópia do Termo de Opção pelo Regime de Tributação Simplificada (**SIMPLES**).
- 23.16** A empresa deverá apresentar a Nota-Fiscal contendo o mesmo CNPJ do empenho, para efeito de pagamento;
- 23.17** No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota-Fiscal/Fatura, serão os mesmos restituídos à adjudicatária para as correções necessárias, não respondendo a **ANCINE** por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.
- 23.18** A critério da **CONTRATANTE**, poderão ser utilizados os pagamentos devidos para cobrir possíveis despesas com multas, indenizações a terceiros ou outras de responsabilidade da **CONTRATADA**.
- 23.19** O pagamento poderá ser susgado pela **CONTRATANTE**, caso ocorra inadimplemento das obrigações da **CONTRATADA** ou erros e vícios na Fatura, o que implicará na devolução do valor eventualmente pago.
- 24 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DO REAJUSTE DOS PREÇOS E REEQUILIBRIO**
- 24.1** Após 1 (um) ano contado da assinatura do contrato e observado o índice de sinistralidade apurado no período, os preços contratados poderão sofrer reajustes mediante aplicação do Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice relativo de reajustes de planos individuais de saúde da ANS, nas seguintes condições:
- 24.1.1 Quando a sinistralidade for menor do que 60% (sessenta por cento) não haverá aplicação do índice de reajuste;
- 24.1.2 Quando a sinistralidade for igual ou maior a 60% (sessenta por cento) e menor que 75% (setenta e cinco por cento) poderá ser aplicado índice de reajuste;
- 24.1.3 Dentre os índices previstos no subitem 24.1, deverá ser utilizado para reajuste do contrato o de menor valor final.
- 24.1.4 Quando a sinistralidade for igual ou maior a 75% (setenta e cinco por cento) o contrato poderá ser reequilibrado conforme estabelecido.
- 24.2** A sinistralidade deverá ser apurada com base na comprovação dos elementos de custo que a compõe na forma descrita no item 17.1.2 deste Contrato.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA – GARANTIA DE EXECUÇÃO

- 25.1** A **CONTRATADA**, no prazo de 10 (dez) dias após a assinatura deste Contrato, prestará garantia no valor correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do Contrato, que será liberada de acordo com as condições previstas neste Contrato, conforme disposto no art. 56 da Lei nº 8.666, de 1993, desde que cumpridas as obrigações contratuais.

- 25.1.1 A inobservância do prazo fixado para apresentação da garantia acarretará a aplicação de multa de 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso, até o máximo de 2% (dois por cento).
- 25.1.2 O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autoriza a Administração a promover a rescisão do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõem os incisos I e II do art. 78 da Lei nº 8.666, de 1993;
- 25.2** A validade da garantia, qualquer que seja a modalidade escolhida, deverá abranger um período de mais 3 (três) meses após o término da vigência contratual.
- 25.3** A garantia assegurará, qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:
 - 25.3.1 prejuízo advindo do não cumprimento do objeto deste contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas;
 - 25.3.2 prejuízos causados à Contratante ou a terceiro, decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;
 - 25.3.3 as multas moratórias e punitivas aplicadas pela Contratante à Contratada;
 - 25.3.4 obrigações trabalhistas, fiscais e previdenciárias de qualquer natureza, não adimplidas pela contratada;
- 25.4** A modalidade seguro-garantia somente será aceita se contemplar todos os eventos indicados acima;
- 25.5** A garantia em dinheiro deverá ser efetuada na Caixa Econômica Federal em conta específica com correção monetária, em favor do contratante;
- 25.6** No caso de alteração do valor do contrato, ou prorrogação de sua vigência, a garantia deverá ser readequada ou renovada nas mesmas condições.
- 25.7** Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, a Contratada obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data em que for notificada.
- 25.8** A Contratante não executará a garantia na ocorrência de uma ou mais das seguintes hipóteses:
 - 25.8.1 caso fortuito ou força maior;
 - 25.8.2 alteração, sem prévia anuência da seguradora ou do fiador, das obrigações contratuais;
 - 25.8.3 descumprimento das obrigações pela contratada decorrentes de atos ou fatos praticados pela Contratante;
 - 25.8.4 atos ilícitos dolosos praticados por servidores da Contratante.
- 25.9** Não serão aceitas garantias que incluam outras isenções de responsabilidade que não as previstas acima.
- 25.10** Será considerada extinta a garantia:
 - 25.10.1 com a devolução da apólice, carta fiança ou autorização para o levantamento de importâncias depositadas em dinheiro a título de garantia, acompanhada de declaração da Contratante, mediante termo circunstanciado, de que a Contratada cumpriu todas as cláusulas do contrato;
 - 25.10.2 no prazo de três meses após o término da vigência, caso a Contratante não comunique a ocorrência de sinistros.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – REGIME DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E FISCALIZAÇÃO

- 26.1** O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste,

devendo ser exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993, e do art. 6º do Decreto nº 2.271, de 1997.

- 26.2** O representante da Contratante deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.
- 26.3** A verificação da adequação da prestação do serviço deverá ser realizada com base nos critérios previstos neste Termo de Referência.
- 26.4** A execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle, que compreendam a mensuração dos aspectos mencionados no art. 34 da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 02, de 2008, quando for o caso.
- 26.5** O fiscal ou gestor do contrato, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 26.6** A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da Contratada que contenha a relação detalhada dos mesmos, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência e na proposta, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.
- 26.7** O representante da Contratante deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 26.8** O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pela Contratada ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 26.9** A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 27.1** A As Emitir para cada beneficiário cadastrado, identificação que o habilitará, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pela CONTRATADA, a utilizar os serviços contratados;
- 27.2** Executar diretamente o Contrato sem transferência de responsabilidade ou subcontratação não autorizadas pela CONTRATANTE;
- 27.3** Indicar representante ou preposto credenciado na sede da CONTRATANTE para dirigir os trabalhos, informar à fiscalização e atender às recomendações da CONTRATANTE durante a execução do Contrato;
- 27.4** Manter absoluto sigilo sobre os documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do Contrato;
- 27.5** Manter sistema atualizado de informação sobre os serviços e profissionais indicados no Contrato;

- 27.6** Emitir e encaminhar para a Gerência de Recursos Humanos – GRH da CONTRATANTE, em arquivo EXCEL, a relação mensal de utilização dos benefícios referente a cada usuário, individualmente, discriminando o tipo de atendimento (consulta, exame, internação, etc);
- 27.7** Encaminhar a cada titular o extrato de utilização mensal para GRH fazendo constar, discriminadamente, cada procedimento realizado;
- 27.8** Permitir que a CONTRATANTE realize, através de seus setores específicos, a fiscalização dos serviços, que obedecerá às disposições da legislação que trata a matéria;
- 27.9** Executar, de forma regular, criteriosa e dentro dos padrões e parâmetros estabelecidos todos os serviços previstos no ANEXO I - Termo De Referência do Edital e respectiva Proposta;
- 27.10** Acatar as instruções e observações que emanem da Fiscalização da CONTRATANTE;
- 27.11** Assegurar o atendimento, após assinatura do Contrato, aos beneficiários que se encontram sob tratamento especializado e/ou internados em locais não credenciados pela empresa, podendo ser transferidos para instituições credenciadas pela CONTRATADA, de padrão equivalente e desde que não haja descontinuidade do tratamento;
- 27.12** Assegurar à CONTRATANTE a indicação de médicos e/ou instituições para credenciamento, de acordo com os interesses de seus servidores;
- 27.13** A CONTRATADA deverá disponibilizar central de atendimento através de sistema telefônico local e/ou gratuito (0800) para liberação de exames, internações hospitalares ou qualquer outro procedimento que necessite autorização;
- 27.14** A CONTRATADA deverá fornecer para cada um dos beneficiários, mantendo atualizado, Guia ou Livro de Credenciamento/Referenciados, por área geográfica de cobertura e Manual do Beneficiário;
- 27.15** Manter todas as condições de habilitação ora apresentadas nesta contratação;
- 27.16** A CONTRATADA obriga-se a prestar, quando solicitado, todos os esclarecimentos necessários à elucidação de dúvidas ocorridas no decorrer da administração contratual ou aferição dos serviços prestados.
- 27.17** Selecionar, credenciar ou cancelar o credenciamento de Hospitais, Médicos e unidades prestadoras de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, tudo em função da melhoria da qualidade do atendimento aos seus associados, sendo facultado à CONTRATANTE colaborar com a CONTRATADA no processo de seleção dos hospitais, médicos e unidades de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;
- 27.18** Oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, na área de abrangência do órgão ou entidade ao qual está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º da Portaria Normativa SRH/MP nº 5, de 11 de outubro de 2010, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;
- 27.19** Oferecer e disponibilizar planos de saúde com coberturas e redes credenciadas diferenciadas aos servidores da CONTRATANTE;
- 27.20** Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do benefício;
- 27.21** Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- 27.22** Fornecer identificação individual aos beneficiários; e
- 27.23** Designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a CONTRATANTE.

28 CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA– OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 28.1 Apresentar, quando da assinatura do Contrato, a relação dos servidores beneficiários com informações adicionais solicitadas pela CONTRATADA, se for o caso, para fins de cadastramento;
- 28.2 Informar formalmente à CONTRATADA, qualquer inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 28.3 Avaliar a capacidade operacional da CONTRATADA, bem como se inteirar das reais condições de execução dos serviços objeto deste Contrato, devendo o Representante designado, tão logo seja(m) constatada(s), comunicar à mesma e por escrito, toda(s) e qualquer(s) irregularidade(s) observada(s).
- 28.4 Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa desempenhar seus serviços dentro das normas do Contrato;
- 28.5 Exercer permanente Fiscalização da execução dos serviços objeto do Contrato, por intermédio da Gerência de Recursos Humanos;
- 28.6 Notificar a CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas na execução dos serviços para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias;
- 28.7 Prestar as informações e os esclarecimentos solicitados pela CONTRATADA.

29 CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.

- 29.1 Se na execução do contrato ficar comprovada a existência de irregularidade ou ocorrer inadimplemento contratual de que possa ser responsabilizada a **CONTRATADA**, esta sofrerá penalidades de multa nas seguintes proporções, sem prejuízo da adoção das sanções previstas nos arts. 86 a 88 da Lei nº 8.666/1993

Grau	Correspondência
01	0,2% por dia sobre o valor mensal do contrato
02	0,4% por dia sobre o valor mensal do contrato
03	0,8% por dia sobre o valor mensal do contrato
04	1,6% por dia sobre o valor mensal do contrato
05	3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato

Infração		
Item	Descrição	Grau
01	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento.	05
02	Quebrar o sigilo sobre documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do Contrato.	04
03	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia.	02
04	Não apresentar, no ato da assinatura do contrato, relação dos serviços prestados e profissionais credenciados.	04
Para os itens seguintes, deixar de:		
05	Emitir, para cada beneficiário cadastrado, no prazo máximo de 15 dias, identificação que o habilitará, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pela CONTRATADA, a utilizar os serviços contratados.	01
06	Cumprir determinação formal ou instrução do fiscalizador, por ocorrência.	02
07	Enviar, mensalmente, os relatórios constantes no item 17 deste Termo.	03

08	Manter a sua Rede de Atendimento atualizada, em número igual ou superior ao existente no ato da assinatura do contrato, promovendo os credenciamentos necessários e que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência.	03
09	Disponibilizar serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24h (vinte e quatro horas) para informações pertinentes aos serviços.	01
10	Indicar representante ou gestor credenciado com poder decisório.	02
11	Cumprir quaisquer dos itens do edital e de seus anexos não previstos nesta tabela de multas, por item e por ocorrência.	01
12	Cumprir quaisquer dos itens do edital e seus anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência.	02

- 29.2** A CONTRATADA que convocada dentro do prazo de validade da sua proposta, deixar de entregar os equipamentos ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução do objeto deste Contrato, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do Contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios e, será descredenciada no SICAF, ou nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei n.º 10.520/2002, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no Edital, e das demais cominações legais.
- 29.3** Pela inexecução total ou parcial do objeto do Contrato, a CONTRATANTE aplicará, garantida a prévia defesa, à CONTRATADA, as seguintes sanções:
- advertência por escrito;
 - multa de 2% (dois por cento) ao dia, aplicável até o 5º (quinto) dia de atraso, calculada sobre o valor global do Contrato, comunicada oficialmente;
 - multa de 10% (dez por cento) sobre o valor global do Contrato, a partir do 6º (sexto) dia, o que ensejará a rescisão do Contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na Lei nº 8.666/93;
 - suspensão temporária do direito de participar de licitações e contratar com a ANCINE, por um período não superior a 2(dois) anos, nos termos do inciso III do art.87 da Lei 8666/93.
- 29.4** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF, e no caso de suspensão de licitar, a CONTRATADA deverá ser descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas no Contrato e das demais cominações legais;
- 29.5** As sanções previstas na alínea “a” do subitem 29.3 e no subitem 29.2 desta Cláusula, poderão ser aplicadas juntamente com os da alínea “b” subitem 29.3, facultada a defesa prévia da interessada, no respectivo processo no prazo de 5 (cinco) dias úteis.
- 29.6** A multa, aplicada após regular Processo Administrativo será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou, ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.
- 29.7** Não será aplicada multa se, comprovadamente, o atraso na entrega dos equipamentos, advir de caso fortuito ou motivo de força maior.

- 29.8 Da sanção aplicada caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da notificação, à autoridade superior àquela que aplicou a sanção, ficando sobrestada até o julgamento do pleito.
- 29.9 As sanções aqui previstas são independentes entre si, podendo ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.
- 29.10 Em qualquer hipótese de aplicação de sanções será assegurado à CONTRATADA o contraditório e a ampla defesa.
- 29.11 A critério da Administração, poderão ser suspensas as penalidades, no todo ou em parte, quando o atraso for devidamente justificado pela CONTRATADA e aceito pela CONTRATANTE.

30 CLÁUSULA TRIGÉSIMA – RESCISÃO

- 30.1 O presente Contrato poderá ser rescindido nas hipóteses previstas no art. 78 da Lei nº 8.666, de 1993, com as consequências indicadas no art. 80 da mesma Lei, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas neste Contrato.
- 30.2 Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.
- 30.3 A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 30.4 O termo de rescisão, sempre que possível, será precedido:
 - 30.4.1 Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;
 - 30.4.2 Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;
 - 30.4.3 Indenizações e multas.

31 CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA– VEDAÇÕES

- 31.1 É vedado à CONTRATADA:
 - 31.1.1 Caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;
 - 31.1.2 Interromper a execução dos serviços sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

32 CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA– ALTERAÇÕES

- 32.1 Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 32.2 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.
- 32.3 As supressões resultantes de acordo celebrado entre as contratantes poderão exceder o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

33 CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA – PUBLICAÇÃO

- 33.1 Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial da União, no prazo previsto na Lei nº 8.666, de 1993.

34 CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUARTA – FORO

- 34.1 O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato será o da Seção Judiciária de Rio de Janeiro- Justiça Federal.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo de Contrato foi lavrado em quatro (quatro) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contraentes.

Rio de Janeiro, de..... de 2014.

Manoel Rangel
Diretor-Presidente

Representante legal da CONTRATADA

TESTEMUNHAS:
CPF:

TESTEMUNHAS:
CPF: