

**TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARAÍBA**

Avenida Princesa Isabel, 201 - Bairro Centro - CEP 58020-911 - João Pessoa - PB - <http://www.tre-pb.jus.br>

Estudos Preliminares de Contratação IN 1/2018TREP n° 0478067/2019 - SEINF**ESTUDOS PRELIMINARES**

Elaborado pela equipe designada pela

PORTARIA DIRETORIA-GERAL N° 147/2018 TRE-PB/PTRE/DG

1. OBJETO:

1.1. O presente estudo preliminar tem como objeto a contratação de empresa especializada na prestação, em todo o território nacional, de serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Ambulatorial, Laboratorial, Psiquiátrica e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias, bem como Internações vinculadas ao sistema de atendimento eletivo, de urgência ou emergência, na modalidade de pré-pagamento, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas conforme carências estabelecidas no item 7.6 deste Estudo Preliminar, aos beneficiários regularmente inscritos no Tribunal Regional Eleitoral da Paraíba, de acordo com as normas e condições dispostas neste Estudo Preliminar.

2. NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO E JUSTIFICATIVA:

2.1. A contratação objeto do presente estudo preliminar decorre da iminência do término do contrato n° 02/2015 – TRE/PB, e da necessidade de se garantir aos servidores e juízes membros deste Regional a manutenção dos serviços de Assistência Médico-Hospitalar, Ambulatorial, Laboratorial, Psiquiátrica e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Terapias, bem como internações vinculadas ao sistema de atendimento eletivo, de urgência ou emergência.

2.2. A legitimidade da contratação se ampara no que dispõe a Constituição Federal, bem como na Lei n° 8.112/90, a qual fez prever a possibilidade da União promover o custeio de planos de saúde privados para atendimento dos seus servidores públicos.

2.3. Neste sentido, diz a Lei n° 8.112/90, em seu artigo 230:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (Redação dada pela Lei n° 11.302 de 2006)

[...]

§ 3o Para os fins do disposto no caput deste artigo, ficam a União e suas entidades autárquicas e fundacionais autorizadas a: (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

[...]

II - contratar, mediante licitação, na forma da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador; (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

3. **EQUIPE DE PLANEJAMENTO:**

Integrante	Nome	Ramal	E-mail	Setor
Presidente	Daniel Carneiro da Cunha Meira Moreira da Franca	1314	daniel.carneiro@tre-pb.jus.br	Copes
Membro	Altino Camilo de Sousa Neto	1304	altino.camilo@tre-pb.jus.br	Seben
Membro	Arioaldo Araújo Júnior	1309	arioaldo.junior@tre-pb.jus.br	Codes
Membro	Diógenes Antônio Tavares de Paiva	1279	diogenes.paiva@tre-pb.jus.br	Semanp
Membro	Geraldo Luis de Oliveira Martins	-	-	(Aposentado)
Membro	Karina César Corrêa de Melo Raposo	1304	karina.cesar@tre-pb.jus.br	Seben
Membro	Jailton Caldeira Brant	1276	jailton.brant@tre-pb.jus.br	Secont
Membro	Mário Luiz Dutra Martins	1415	mario.martins@tre-pb.jus.br	Seinf
Membro	Osman Gomes Pires Raposo Filho	1396	osman.filho@tre-pb.jus.br	Seor
Membro	Roberto de Albuquerque César	1397	roberto.cezar@tre-pb.jus.br	Sepe

Tabela 1 - Comissão de Planejamento

4. **NORMATIVOS QUE DISCIPLINAM OS SERVIÇOS OU A AQUISIÇÃO A SEREM CONTRATADOS, DE ACORDO COM A SUA NATUREZA:**

4.1. Os serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Ambulatorial, Laboratorial, Psiquiátrica e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias rege-se, em especial, pelos

comandos da seguinte legislação:

- 4.2. Lei Federal nº 9.656/1998;
- 4.3. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 08/1998 - CONSU;
- 4.4. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13/1998 - CONSU;
- 4.5. Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 63/2003;
- 4.6. Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 195/2009 e suas alterações;
- 4.7. Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 259/2009;
- 4.8. Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 309/2012;
- 4.9. Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - RN/ANS nº 428/2017;
- 4.10. E demais normas regulamentares aplicáveis expedidas pela ANS.
- 4.11. A Assistência à Saúde do Servidor Público Federal, na sua modalidade complementar, é assegurada pelo art. 230, caput, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
- 4.12. A aplicação de uma assistência complementar não impede que os beneficiários conveniados ao plano deste Tribunal Regional Eleitoral da Paraíba façam utilização, se assim desejarem, dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS e da Assistência Médico-Ambulatorial prestada pela Unidade própria nas dependências desta Instituição.
- 4.13. A contratação da empresa que prestará serviços complementares de saúde aos servidores e demais beneficiários, deverá reger-se pelo disposto na Lei nº 8.666/93 e a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

5. **ANÁLISE DA CONTRATAÇÃO:**

- 5.1. Observa-se que o formato do contrato atual vem atendendo de forma satisfatória as necessidades dos beneficiários diretos e indiretos do objeto contratual.
- 5.2. Assim, planeja-se realizar esta contratação nos mesmos moldes da contratação anterior.

6. **REFERÊNCIA AOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE, SE HOUVER:**

- 6.1. A presente contratação está de acordo com o objetivo estratégico "Aperfeiçoamento da gestão de pessoas, com ênfase ao primeiro grau", contribuindo especialmente no resultado do indicador estratégico "Índice de satisfação do Clima Organizacional".

7. **REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:**

7.1. **DA NATUREZA CONTINUADA DO SERVIÇO**

- 7.1.1. Por se tratar de uma necessidade permanente, e em face da essencialidade do serviço, conforme jurisprudência do TCU, temos este serviço como de natureza contínua.

7.1.2. Devido à especificidade da contratação, onde não deve haver risco de descontinuidade na assistência à saúde, a duração do contrato deverá ser no limite legal de 60 meses, pautando-se pelo disposto na Lei nº 8.666/1993, e de conformidade com a Lei dos Planos de Saúde, Lei 9.656/1998, ou outra que a suceder.

7.2. DOS BENEFICIÁRIOS

7.2.1. São entendidos como beneficiários DIRETOS e INDIRETOS aqueles definidos em Resolução Administrativa vigente à época da execução dos serviços;

7.2.2. A adesão do grupo familiar previsto no item acima dependerá da participação do **BENEFICIÁRIO TITULAR** no contrato de plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, §2º, da RN/ANS nº 195/2009, e suas alterações).

7.3. DOS SERVIÇOS

7.3.1. Os serviços serão executados, preferencialmente, pelos estabelecimentos e profissionais conveniados pela CONTRATADA, sem limite de consultas e exames, métodos complementares, internamentos em apartamentos individuais, acomodações coletivas e UTI (inclusive móvel terrestre e aérea), em conformidade com o plano escolhido pelo beneficiário e na forma prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

7.3.2. Os internamentos serão em apartamentos individuais ou acomodações coletivas, conforme adesão do beneficiário, com banheiro privativo e ar-condicionado, inclusive com a utilização de aparelhagem especial, e direito a acompanhante, que também fará jus à alimentação, nos casos previstos na legislação vigente à época da ocorrência do evento.

7.3.3. Todos os gastos com os beneficiários relacionados diretamente à Assistência Médico-Hospitalar tais como internamentos, cirurgias, partos, berçários e outros procedimentos cobertos contratualmente, inclusive diárias hospitalares, honorários médicos, serviço de enfermagem, medicamentos, materiais descartáveis e de curativos simples e biológicos (luvas, seringas, algodão, esparadrapos, gazes e demais materiais necessários), órteses e próteses, durante o período de internação, e demais materiais necessários, inclusive os hipoalergênicos serão de responsabilidade da CONTRATADA.

7.3.4. O contrato garantirá cobertura de medicamentos registrados / regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (RN/ANS nº 428/2017, art. 19, e suas alterações). Fica excluído da cobertura o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do art. 21, XI, da RN/ANS nº 428/2017, e suas alterações.

7.3.5. Medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrado em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).

7.3.6. As órteses e próteses serão as ligadas ao ato cirúrgico (exceto nas cirurgias estéticas) e de fabricação nacionais ou importadas nacionalizados

quando na ausência de similar nacional.

7.3.7. As especialidades médicas e paramédicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina para os serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, para a segmentação assistencial Hospitalar com Obstetrícia, cobertas pelo contrato são as mensuradas na Lei nº 9.656/98, de acordo com os seus artigos 10 e 12, e suas alterações, com cobertura no Rol de Procedimentos editado pela ANS, incluindo todos os grupos etários, a exemplo das citadas abaixo:

- 7.3.7.1. Acupuntura, a critério médico, com inclusão de todo o material descartável, inclusive as agulhas;
- 7.3.7.2. Alergologia e Imunologia;
- 7.3.7.3. Anestesiologia, em todos os portes;
- 7.3.7.4. Angiologia;
- 7.3.7.5. Cardiologia;
- 7.3.7.6. Cardiologia pediátrica;
- 7.3.7.7. Cirurgia de cabeça e de pescoço;
- 7.3.7.8. Cirurgia buco-maxilo-facial;
- 7.3.7.9. Cirurgia cardiovascular;
- 7.3.7.10. Cirurgia do Aparelho Digestivo;
- 7.3.7.11. Cirurgia Geral, inclusive videolaparoscópica;
- 7.3.7.12. Cirurgia pediátrica;
- 7.3.7.13. Cirurgia Plástica reparadora e/ou restauradora, inclusive mamoplastia;
- 7.3.7.14. Cirurgia ortopédica, inclusive artroscópica;
- 7.3.7.15. Cirurgia Torácica;
- 7.3.7.16. Cirurgia Urológica;
- 7.3.7.17. Cirurgia Vascular Periférica;
- 7.3.7.18. Clínica Médica;
- 7.3.7.19. Coloproctologia;
- 7.3.7.20. Dermatologia;
- 7.3.7.21. Doenças infectocontagiosas e parasitárias (incluindo AIDS);
- 7.3.7.22. Endocrinologia e Metabologia;
- 7.3.7.23. Endoscopia em geral;
- 7.3.7.24. Fisiatria;
- 7.3.7.25. Fisioterapia;
- 7.3.7.26. Fonoaudiologia Adulto e Infantil;
- 7.3.7.27. Gastroenterologia Adulto e Infantil;
- 7.3.7.28. Genética Médica;
- 7.3.7.29. Geriatria e Gerontologia;
- 7.3.7.30. Ginecologia e Obstetrícia, incluindo videolaparoscopia;
- 7.3.7.31. Hebiatria;
- 7.3.7.32. Hematologia e Hemoterapia;
- 7.3.7.33. Hepatologia;

- 7.3.7.34. Homeopatia ambulatorial;
- 7.3.7.35. Mastologia;
- 7.3.7.36. Medicina do sono;
- 7.3.7.37. Medicina Intensiva;
- 7.3.7.38. Medicina Nuclear;
- 7.3.7.39. Nefrologia, inclusive pediátrica;
- 7.3.7.40. Neonatologia;
- 7.3.7.41. Neurofisiologia;
- 7.3.7.42. Neurocirurgia;
- 7.3.7.43. Neurologia, inclusive medicina da dor;
- 7.3.7.44. Nutrição;
- 7.3.7.45. Nutrologia;
- 7.3.7.46. Oftalmologia, incluindo as cirurgias corretivas como miopia, astigmatismo, hipermetropia – conforme RN/ANS nº 428/2017, catarata (facectomia com implante de prótese de cristalino de tipo indicada pelo médico, desde que seja de fabricação nacional ou nacionalizada, com registro na ANVISA e certificado de garantia);
- 7.3.7.47. Oncologia, inclusive cirurgia oncológica, implante de cateter e outros procedimentos afins e que se façam necessários, a critério médico;
- 7.3.7.48. Ortopedia e traumatologia, inclusive com implante de próteses nacionais ou importadas nacionalizadas, quando não existir similar nacional, com certificado de garantia;
- 7.3.7.49. Ortóptica;
- 7.3.7.50. Otorrinolaringologia, incluindo cirurgias otorrinolaringológicas;
- 7.3.7.51. Patologia Clínica;
- 7.3.7.52. Pediatria e suas subespecialidades;
- 7.3.7.53. Pneumologia;
- 7.3.7.54. Proctologia;
- 7.3.7.55. Psicologia;
- 7.3.7.56. Psiquiatria (consulta e internação);
- 7.3.7.57. Radiologia, inclusive intervencionista;
- 7.3.7.58. Radioterapia;
- 7.3.7.59. Reumatologia;
- 7.3.7.60. Urologia;
- 7.3.7.61. Terapia intensiva;
- 7.3.7.62. Transplante de rim, córnea, autólogo e heterólogo de medula conforme a RN/ANS nº 428/2017 e suas alterações;
- 7.3.7.63. Qualquer outra especialidade médica reconhecida pelo CFM e prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar com todas as formas de diagnóstico e tratamento correspondentes que se façam necessários, desde que constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

7.3.8. Os serviços auxiliares de diagnóstico e de terapia, inclusive para o internado, em situações eletivas e/ou emergenciais, pré-anestésicas e pré-

cirúrgicas, são os mensurados no rol de procedimentos da RN/ANS nº 428/2017 e suas alterações, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, desde que preenchidas as diretrizes de utilização, se houver, sem limite de qualquer espécie, a exemplo das citadas abaixo:

- 7.3.8.1. Anticoncepção (inserção de DIU hormonal e não hormonal, inclusive o dispositivo), Vasectomia, Ligadura tubária;
- 7.3.8.2. Amniocentese/Coriocentese;
- 7.3.8.3. Análises Clínicas incluindo: exames Laboratoriais, Hematológicos, Bioquímicos e Imunológicos, incluindo Imunofluorescentes, RIE (RADIO IMUNOENSAIO) e outros;
- 7.3.8.4. Angiologia, angiografias diversas e escleroterapia;
- 7.3.8.5. Arteriografias diversas;
- 7.3.8.6. Biópsias (renal, hepática, óssea e outras);
- 7.3.8.7. Cauterizações;
- 7.3.8.8. Cicloergometria;
- 7.3.8.9. Colocação de gesso e similares, inclusive material de osteossíntese (placas, parafusos, pinos e outros, de tipos indicados pelo médico, desde que de fabricação nacional ou importado nacionalizado, quando não existir similar nacional);
- 7.3.8.10. Densitometria óssea;
- 7.3.8.11. Diálise Peritoneal / Hemodiálise;
- 7.3.8.12. Doenças infectocontagiosas (inclusive AIDS, Dengue, Zika, Chikungunya) e tratamentos decorrentes das respectivas sequelas;
- 7.3.8.13. Ecocardiografia uni e bidimensional com *dópler* sem cor e colorido;
- 7.3.8.14. Eletroneuromiografia e Eletromiografia;
- 7.3.8.15. Embolizações;
- 7.3.8.16. Estudo citológico e patológico das diversas secreções orgânicas;
- 7.3.8.17. Estudo histológico e anátomo-patológico de regiões e órgãos variados, exceto necrópsia;
- 7.3.8.18. Estudo radiológico completo das diversas partes do corpo, estudo simples e com uso de contrastes, através das variadas incidências existentes, bem como os bidigitais;
- 7.3.8.19. Estudos Eletroencefalográficos (inclusive para monitorização de crises) e mapeamento cerebral e testes evocativos;
- 7.3.8.20. Estudos Hemodinâmicos, incluindo cineangiocoronariografia;
- 7.3.8.21. Exames e testes alergológicos, incluindo para medicamentos;
- 7.3.8.22. Exames e testes oftalmológicos;
- 7.3.8.23. Exames e testes otorrinolaringológicos especiais, incluindo Impedanciometria, Audiometria e Audiometria do Tronco Cerebral (BERA);
- 7.3.8.24. Exames invasivos da Cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
- 7.3.8.25. Exames não invasivos da Cardiologia (Eletrocardiograma convencional e dinâmico, Ergometria (esteira e bicicleta), Holter de 12 e 24h, Monitorização com Mapeamento ambulatorial de Pressão Arterial – MAPA de 24h;

- 7.3.8.26. Teste de inclinação Ortostática "Tilt Test";
- 7.3.8.27. Exames Endoscópicos diversos e Terapia Vídeo Endoscópica;
- 7.3.8.28. Fonocardiografia;
- 7.3.8.29. Fisioterapia, inclusive respiratória, sem limite de uso;
- 7.3.8.30. Fluoresceinografia;
- 7.3.8.31. Gasoterapia;
- 7.3.8.32. Hemoterapia;
- 7.3.8.33. Inaloterapia, inclusive emergencial;
- 7.3.8.34. Laparoscopia exploratória e terapêutica;
- 7.3.8.35. Laserterapia (inclusive foto eletrocoagulação da retina a laser);
- 7.3.8.36. Litotripsia;
- 7.3.8.37. Mamografia, inclusive a bidigital;
- 7.3.8.38. Medicina Nuclear (para diagnósticos e tratamentos) – Radiosótopos e Cintilografias;
- 7.3.8.39. Nutrição parenteral e enteral;
- 7.3.8.40. Procedimentos urológicos, entre eles: litotripsia extracorpórea e endoscópica para vias urinárias, cateterização de ureter, citoscopia;
- 7.3.8.41. Provas de função pulmonar;
- 7.3.8.42. Punção lombar, medular e outras;
- 7.3.8.43. Quimioterapia hospitalar;
- 7.3.8.44. Quimioterapia ambulatorial, exceto medicamentos que não necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- 7.3.8.45. Radioterapia genérica e especializada (incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radioimagem, radioimplante e braquiterapia);
- 7.3.8.46. Imunoterapia hospitalar ou ambulatorial;
- 7.3.8.47. Emprego de vacinas, quando houver indicação médica e não constar no rol obrigatório de fornecimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde;
- 7.3.8.48. Angio e/ ou Ressonância nuclear magnética e PET – SCAN das diversas partes do corpo;
- 7.3.8.49. TRH – Terapia de Reposição Hormonal, através de implante intradérmico, quando houver necessidade de ambiente hospitalar, mediante justificativa;
- 7.3.8.50. Tomografia e angiotomografia computadorizada das diversas partes do corpo;
- 7.3.8.51. Transplante de rim, córnea, autólogo e heterólogo de medula, e outros listados nos Anexos da RN/ANS nº 428/2017 e suas alterações;
- 7.3.8.52. Tratamento de varizes esofágicas com esclerosantes;
- 7.3.8.53. Ultrassonografia das diversas partes do corpo e pelas diferentes vias de acesso (abdominal, pélvica, prostática, transvaginal) sem limites de utilização, com participação do radiologista intervencionista, se necessário, inclusive com Doppler colorido;

7.3.8.54. Fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais constantes do art. 21, XI, da RN/ANS nº 428/2017, e suas alterações;

7.3.8.55. Tratamentos para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e afins;

7.3.8.56. Outros procedimentos necessários ao tratamento de doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desde que reconhecidos pelo CFM e constantes no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei nº 9.656/98 e suas alterações);

7.3.9. Deverão ser colocados à disposição dos beneficiários, observando-se o que determina a RN/ANS nº 259/2009, sem custo operacional, os seguintes serviços complementares de remoção interhospitalar:

7.3.9.1. UTI Móvel terrestre;

7.3.9.2. UTI Móvel aérea.

7.4. DOS PLANOS

7.4.1. A empresa deverá oferecer aos usuários, as seguintes opções:

A	B	C	D
PLANO ESTADUAL COLETIVO	PLANO NACIONAL COLETIVO	PLANO ESTADUAL INDIVIDUAL	PLANO NACIONAL INDIVIDUAL
<i>Internação em Acomodação Coletiva e atendimento no Estado da Paraíba (sem co-participação)</i>	<i>Internação em Acomodação Coletiva com atendimento Nacional (sem co-participação)</i>	<i>Internação em Apartamento Individual e atendimento no Estado da Paraíba (sem co-participação)</i>	<i>Internação em Apartamento Individual com atendimento Nacional (sem co-participação)</i>
A1	B1	C1	D1
PLANO ESTADUAL COLETIVO	PLANO NACIONAL COLETIVO	PLANO ESTADUAL INDIVIDUAL	PLANO NACIONAL INDIVIDUAL
<i>Internação em Acomodação Coletiva e atendimento no Estado da Paraíba (com co-participação de 20%)</i>	<i>Internação em Acomodação Coletiva com atendimento Nacional (com co-participação de 20%)</i>	<i>Internação em Apartamento Individual e atendimento no Estado da Paraíba (com co-participação de 20%)</i>	<i>Internação em Apartamento Individual com atendimento Nacional (com co-participação de 20%)</i>

Tabela 2 - Tipos de Planos

7.4.2. Entende-se como coparticipação a parte da despesa que o beneficiário arcará quando da utilização do plano em consultas e procedimentos ambulatoriais (sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e psicoterapia, exames e procedimentos de diagnose realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial e *day clinic*, incluindo materiais, medicamentos, honorários, diárias e taxas relacionados à execução do exame), considerando a tabela

utilizada pelo plano para a remuneração dos prestadores de serviço (Resolução CONSU nº 08/1998). Não haverá coparticipação nos procedimentos cirúrgicos (exceto os ambulatoriais), nas internações e nos exames efetuados durante a internação.

7.4.3. O órgão custeará, nos limites do seu orçamento, o PLANO ESCOLHIDO PELO BENEFICIÁRIO, ficando a cargo do usuário a parcela que exceder a disponibilidade orçamentária.

7.4.4. A adesão aos planos acima detalhados é opcional ao servidor titular.

7.4.5. Os atendimentos de urgência e/ou emergência, para os Planos A, A1, C e C1, de abrangência estadual, deverão ser disponibilizados em todo o território nacional, nos termos da Resolução CONSU nº 13/1998 e suas alterações.

7.4.6. Os valores que excederem o plano custeado pelo órgão serão consignados em Folha de Pagamento.

7.4.7. Qualquer migração de um plano para outro terá que obedecer ao intervalo mínimo de 6 (seis) meses.

7.5. **DAS OBRIGAÇÕES**

Constituem obrigações da CONTRATADA:

7.5.1. Executar os serviços de acordo com especificações constantes em contrato que tomará por base o Termo de Referência;

7.5.2. Ampliar a rede de credenciados sempre que houver necessidade para atendimento da demanda de serviços, segundo critérios de admissão de prestadores da operadora de saúde;

7.5.3. Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pelo CONTRATANTE quanto à execução dos serviços contratados;

7.5.4. Fornecer condições que possibilitem o atendimento dos serviços previstos, a partir da data de assinatura do contrato a ser firmado;

7.5.5. Incluir, durante a vigência do plano de saúde complementar contratado, novos procedimentos e especialidades médicas, métodos complementares e técnicas de diagnóstico surgidos e/ou criados em consequência da evolução científica e/ou tecnológica, que não tenham constado no ato da assinatura do contrato, desde que reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e que estejam relacionadas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – ANS;

7.5.6. Garantir a oferta de vacinas, sempre que estas compreenderem atos médicos vinculados ao tratamento;

7.5.7. Reembolsar aos beneficiários, pelos valores da Tabela utilizada pela operadora para repasse aos seus prestadores, na data da prestação do serviço, os pagamentos efetuados pelos serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, feitos em estabelecimento não credenciado pela empresa, desde que comprovada a urgência ou emergência do atendimento ou a ausência ou indisponibilidade do serviço na localidade, nos termos da RN/ANS nº 259/2009 e suas alterações;

7.5.8. Prestar aos beneficiários a assistência a ser contratada através de hospitais, clínicas e laboratórios credenciados, todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados;

7.5.9. Disponibilizar no seu sítio eletrônico, ou através de aplicativos para celular, a relação atualizada de sua rede credenciada, informando a relação dos seus prestadores de serviços, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas,

fisioterapeutas, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços, e, em havendo disponibilidade de exemplares impressos, disponibilizá-los aos usuários;

7.5.10. Fornecer os cartões de identificação do beneficiário do plano, sem ônus, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data da assinatura do contrato, ficando a cargo da unidade responsável do CONTRATANTE a distribuição aos beneficiários. No caso de extravio o CONTRATANTE solicitará a emissão de nova carteira, sem nenhum ônus adicional;

7.5.11. Emitir formulários próprios para inclusão/alteração e exclusão de beneficiários, ficando estabelecido até o dia 15 (quinze) de cada mês como data limite para a movimentação do contrato;

7.5.12. Responder pelos danos causados diretamente ao CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou ao acompanhamento pelo órgão interessado;

7.5.13. Responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do serviço contratado;

7.5.14. Manter preposto aceito pela Administração para representá-la na execução do contrato;

7.5.15. Aceitar, mediante solicitação do interessado, ou após o término do contrato, a transferência de todo e qualquer beneficiário para plano de saúde similar particular, aproveitando as carências cumpridas, bem como daqueles que, por qualquer motivo, tenham perdido a condição de beneficiário, num prazo de 30 (trinta) dias;

7.5.16. Nas licenças e afastamentos dos juízes membros e servidores, sem que haja a perda de vínculo empregatício com o CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá garantir, atendendo à solicitação do interessado, a permanência do mesmo, bem como dos seus dependentes diretos e indiretos em plano particular equivalente, mantida as mesmas condições, inclusive bases financeiras, mediante pagamento das mensalidades, diretamente à CONTRATADA, pelo prazo de até 3 (três) anos;

7.5.17. Facultar aos beneficiários, nos atos cirúrgicos que necessitem a utilização de material protético, a opção por prótese importada, devendo a diferença decorrente ser exigida diretamente dos mesmos, observando-se sempre os valores constantes das tabelas praticadas pela CONTRATADA ou equivalentes;

7.5.18. Executar, a critério e conforme solicitação do CONTRATANTE, exames médicos ocupacionais para os juízes membros e servidores, mesmo aqueles não conveniados, de acordo com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, a ser elaborado pelo CONTRATANTE, nos termos da Portaria nº 294, 31.05.2011, da Presidência do TRE/PB;

7.5.18.1. Os exames médicos periódicos de que trata o item anterior serão custeados pelo CONTRATANTE, tomando-se por base as tabelas praticadas pela CONTRATADA ou equivalentes, ressalvada a hipótese de adoção de outra tabela acordada entre as partes;

7.5.19. Apresentar, no ato de assinatura do instrumento contratual, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia;

7.5.20. Autorizar os procedimentos, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas do respectivo pedido, ressalvadas as situações de urgência e emergência, que deverão ser autorizadas imediatamente, valendo-se de tecnologia adequada à agilidade de liberação dos procedimentos;

7.5.20.1. Quando houver negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente, credenciado ou não, a CONTRATADA

deverá informar o motivo ao beneficiário, observando as regras fixadas na legislação vigente à época do fato. É proibida a negativa de cobertura para os casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor;

7.5.21. Garantir, no caso de falecimento do usuário titular, a assistência prevista no contrato aos seus dependentes diretos, pelo prazo de 3 (três) anos, contados a partir do falecimento do titular, isentando-os do pagamento de qualquer taxa ou mensalidade;

7.5.22. Facultar aos beneficiários a utilização de serviços em hospitais não conveniados, ocasião em que os mesmos arcarão com os custos da diferença dos serviços, se houver, diretamente com a CONTRATADA, não sendo permitido lançamento em fatura mensal, bem como todos os procedimentos relativos à operacionalização;

7.5.23. Possuir, no Estado da Paraíba, em cada uma das mesorregiões do Anuário Estatístico da Paraíba do IBGE, rede credenciada no quantitativo mínimo abaixo discriminado:

7.5.23.1. Mesorregião da mata paraibana: 800 médicos, 20 hospitais ou clínicas e 20 laboratórios de exames e análise em geral;

7.5.23.2. Mesorregiões da Borborema e do agreste paraibano: 400 médicos, 20 hospitais ou clínicas e 10 laboratórios de exames e análise em geral;

7.5.23.3. Mesorregião do sertão paraibano: 60 médicos, 5 hospitais ou clínicas e 5 laboratórios de exames e análise em geral;

7.5.24. Os médicos exigidos nos quantitativos dispostos nos subitens 7.5.23.1, 7.5.23.2. e 7.5.23.3. deste capítulo deverão prestar atendimento em consultórios particulares, com horário normal ou pré-estabelecido. Para tanto não poderão ser contabilizados os médicos que realizem exclusivamente o atendimento em plantões nos hospitais e que não tenham consultórios particulares - no percentual mínimo de 50% (cinquenta por cento) do total de médicos credenciados. A operadora de Plano de Saúde deverá apresentar lista de médicos, relacionando a especialidade médica, endereço e telefone do prestador do serviço;

7.5.25. Prestar aos beneficiários, através dos estabelecimentos e profissionais conveniados pela CONTRATADA, consultas, exames, métodos complementares, internamentos em apartamentos individuais ou coletivos e UTI e reembolsar conforme as tabelas praticadas pela Operadora de Saúde;

7.5.26. A operadora de Plano de Saúde deverá apresentar a autorização de funcionamento definitivo expedida pela ANS nos termos da RN/ANS nº 85/2004 e suas alterações, não servindo para tal fim o registro provisório;

7.5.27. Disponibilizar a fatura, o demonstrativo analítico de pré-pagamento e o demonstrativo dos serviços faturados por titular à SEBEN – Seção de Benefícios do TRE/PB até o prazo máximo do 28º (vigésimo oitavo) dia do mês anterior ao do vencimento da fatura, em arquivo eletrônico nos formatos PDF, XML e TXT, sendo este último com leiaute a ser definido pela CONTRATANTE, bem como a nota fiscal até o 2º (segundo) dia do mês do vencimento da fatura;

7.5.28. Fornecer extrato contendo taxa de sinistralidade a cada 03 (três) meses;

7.5.29. Manter na execução do contrato todas as condições exigidas na habilitação.

7.6. DAS CARÊNCIAS

7.6.1. Serão incluídos como usuários isentos de qualquer tipo de carência, os juízes membros, servidores, seus dependentes estabelecidos em resolução administrativa, pensionistas estatutários e os beneficiários indiretos nos seguintes prazos:

7.6.1.1. inscritos no programa em até 60 (sessenta) dias, a partir do início da vigência do contrato.

7.6.1.2. Os juízes membros e servidores nomeados, designados para ocupar função comissionada, removidos, redistribuídos, bem como seus dependentes diretos e indiretos, inscritos no programa até 30 (trinta) dias do efetivo exercício.

7.6.1.3. O cônjuge ou o(a) companheiro(a) dos juízes membros e servidores, inscritos no programa até 30 (trinta) dias após a união.

7.6.1.4. O recém-nascido, dependente direto e/ou indireto do juiz membro e servidor, inscritos no programa até 30 (trinta) dias após o nascimento.

7.6.1.5. O adotado, sob guarda ou tutela judicial, do juiz membro e servidor até 30 (trinta) dias a contar do termo de adoção, de guarda ou tutela, concedido por juízo competente.

7.6.2. As inscrições realizadas fora das condições acima estarão sujeitas às seguintes carências e períodos de cobertura parcial temporária, a contar da respectiva efetivação, conforme o exposto abaixo:

7.6.2.1. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência.

7.6.2.2. 10 (dez) dias para os casos de consultas médicas, exames de laboratório e raio X simples.

7.6.2.3. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

7.6.2.4. 180 (cento e oitenta) dias para internações e cirurgias.

7.6.2.5. 24 (vinte e quatro) meses para internações e tratamentos de doenças e lesões preexistentes.

7.6.2.6. 30 (trinta) dias para os demais casos.

7.7. DOS PREÇOS

7.7.1. Deverá ser oferecido um preço para cada tipo de plano (A, A1, B, B1, C, C1, D e D1), de acordo com a faixa etária do usuário, com os mesmos valores para os beneficiários diretos e indiretos.

7.7.2. O preço do plano A será considerado base para fixação dos preços dos demais planos, considerados os seguintes limites:

7.7.2.1. O preço do plano tipo B não deverá exceder o do tipo "A" em mais de 28%;

7.7.2.2. O preço do plano tipo C não deverá exceder o do tipo "A" em mais de 53%;

7.7.2.3. O preço do plano tipo D não deverá exceder o do tipo "A" em mais de 72%;

7.7.2.4. Os preços dos planos tipo A1, B1, C1 e D1 deverão ser, no mínimo, 25% menores que o dos correspondentes sem coparticipação.

7.7.3. A variação de preços entre as faixas etárias de um mesmo tipo de plano será calculado da seguinte forma:

7.7.3.1. O preço fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a cinco vezes o preço da primeira faixa etária;

7.7.3.2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

7.7.4. O preço do plano tipo A será considerado para critério de classificação das propostas apresentadas pelas possíveis contratantes.

7.8. DO REAJUSTE E DA REVISÃO DE PREÇOS

7.8.1. Os valores fixados no contrato poderão ser reajustados a cada 12 (doze) meses, contados a partir do primeiro dia (01) do mês subsequente ao da assinatura do contrato, pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGP-DI/FGV). Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado pelas partes.

7.8.2. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98 (art. 19 da RN/ANS nº 195/2009, e suas alterações).

7.8.3. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (art. 20 da RN/ANS nº 195/2009, e suas alterações).

7.8.4. O desequilíbrio econômico-atuarial do contrato é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (**Sm**), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data de reajuste do contrato.

7.8.5. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade (**R**) será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = [(S/Sm) - 1]$$

Onde:

R – Reajuste por sinistralidade, em virtude do desequilíbrio econômico-atuarial

S - Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses)

Sm – Meta de sinistralidade expressa em contrato

7.8.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma alternativa ao índice de reajuste adotado.

7.8.7. Na hipótese de descontinuidade do índice de reajuste adotado será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

7.8.8. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de reajuste do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

7.8.9. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

7.8.10. Acaso o contrato venha possuir menos de 30 (trinta) beneficiários, o cálculo do percentual de reajuste será feito em conformidade com o que dispõe a RN/ANS nº 309/2012.

7.8.10.1. A quantidade de beneficiários, incluindo titulares e dependentes será apurada na data da assinatura do contrato. As datas seguintes serão apuradas anualmente no mês de aniversário do contrato (art. 6º, *caput* e § 1º, da RN/ANS nº 309/2012).

I - O contrato será considerado agregado ao agrupamento se possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários na data prevista no item 7.8.10.1, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários (art. 6º § 2º, da RN/ANS nº 309/2012).

II - Caso a quantidade de beneficiários do contrato seja superior a 29 (vinte e nove), na data prevista no item 7.8.10.1, o contrato ficará desagregado do agrupamento (art. 6º, § 3º, da RN/ANS nº 309/2012).

III - A quantidade de beneficiários do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.

7.8.10.2. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contrato será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo de reajuste (art. 7º da RN/ANS nº 309/2012).

7.8.10.3. O valor percentual do reajuste calculado para o agrupamento do contrato será único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

7.8.10.4. Caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento (quantidade de beneficiários igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, na data de aniversário), será aplicado o reajuste de acordo com o item 7.8 (dos subitens 7.8.1 a 7.8.9) deste Estudo Preliminar.

7.8.10.5. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 7.8.1 do presente capítulo do contrato vigente, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

7.8.10.6. Para aplicação do percentual de reajuste calculado não será necessária a autorização prévia da ANS.

7.8.10.7. Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste:

I - Percentual de Reajuste do Agrupamento (Ragr) do contrato será definido por:

$$Ragr = [(1+RT\%) \times (1+RF\%)] - 1$$

Onde :

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RF % = Reajuste Financeiro Percentual

II - Reajuste Técnico: o reajuste técnico (RT%) que tem como objetivo manter o equilíbrio da carteira, e corrige a sinistralidade observada (SiA) para o grupo em relação à sinistralidade requerida (SiR) pela operadora, que é de 75% .

Onde:

SiA = Sinistralidade Avisada observada do agrupamento de contratos

SiR = Sinistralidade Requerida e expressa em contrato = 0,75

a) A sinistralidade observada do agrupamento de contratos será calculada da seguinte forma:

$$SiA = (CT / Rec)$$

Onde:

CT = Custos totais assistenciais do contrato;

Rec = Receita total do contrato

b) Reajuste Técnico será calculado da seguinte forma:

$$RT\% = [(SiA / SiR) - 1]$$

III - Reajuste Financeiro: O reajuste financeiro (RF%) corresponderá à aplicação do IGP-DI, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, acumulado de 12 (doze) meses ou, em função da reavaliação dos cálculos atuariais ou variação dos custos dos serviços, caso o índice de sinistralidade ultrapasse o percentual de 75% (0,75).

IV - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, ou seja, reajuste do agrupamento – (Ragr), previsto no item 7.8.10.7 inciso I, este deve ser procedido conforme as explicações de todas as variáveis acima citadas, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

7.8.11. A CONTRATADA deverá apresentar relatórios de utilização para cálculo da **sinistralidade** a cada 03 (três) meses (conforme observado no item 7.5.28 do contrato), podendo a CONTRATANTE questionar os dados apresentados, inclusive com a realização de diligências para esclarecimentos de eventuais dúvidas, incoerências ou erros constatados.

7.8.12. O reajuste de preços somente será concedido se a CONTRATADA solicitá-lo formalmente.

7.8.13. A CONTRATADA perderá o direito de exigir reajuste de preços com efeitos financeiros retroativos se a solicitação formal, de que trata o subitem anterior, não for apresentada até o fim do mês subsequente ao de sua incidência. Ultrapassado esse prazo, os efeitos financeiros do reajuste somente terão vigência a partir da data de entrega da solicitação à CONTRATANTE.

7.8.14. Os preços pactuados poderão ser revistos a qualquer tempo, conforme permissão inserta no art. 65, inciso II, alínea “d”, da Lei nº 8.666/93.

7.8.15. A revisão de preços só será efetuada se a CONTRATADA solicitá-la formalmente e apresentar os documentos comprobatórios da superveniência do desequilíbrio econômico-financeiro.

7.9. DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

7.9.1. O pagamento será efetuado mensalmente, após a entrada da Nota Fiscal, conferência e o devido “atesto” pelo Gestor do contrato, mediante OBC – Ordem Bancária de Crédito ou OBB – Ordem Bancária para Banco, em 2 (duas) parcelas, nos seguintes prazos:

7.9.1.1. A primeira, relativa à participação do CONTRATANTE no custeio do plano, será efetuada entre os dias 08 e 12 de cada mês;

7.9.1.2. A segunda, referente à cota-parte do servidor (plano e coparticipação), inerente ao titular, dependentes diretos e indiretos, será paga entre os dias 20 e 24 de cada mês.

7.9.2. A CONTRATADA obriga-se a informar os valores para lançamento, a título de coparticipação, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, quando ultrapassado este limite temporal os valores eventualmente enviados dependem de reconhecimento pelo beneficiário, através da disponibilização de cópia das guias pela CONTRATADA, e somente serão lançados com base na tabela da época da prestação do serviço.

7.9.3. Ocorrendo indisponibilidade de recursos financeiros por falta de repasse do Tesouro Nacional que não permita o pagamento no prazo fixado no item anterior, o valor será acrescido de percentual definido em lei para tais casos.

7.10. **DAS CONDIÇÕES PARTICULARES**

7.10.1. Ao CONTRATANTE, através da unidade própria (Seção de Assistência à Saúde), deve ser reservado o direito de realizar perícias médicas, exames e inspeções, com o objetivo de fiscalizar os serviços prestados;

7.10.2. A CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, realizar auditoria nos hospitais e clínicas visando à qualidade dos serviços prestados;

7.10.3. Não haverá carência para os serviços objeto do plano de assistência à saúde dos juízes membros e servidores da instituição, ainda que diagnosticados casos como crônicos, agudos, preexistentes e congênitos, incluídos na data da contratação inicial, e ainda os recém-nomeados, recém-casados, recém-unidos e recém-nascidos, desde que incluídos como usuários na forma do item 7.6.1 deste Estudo Preliminar.

7.10.4. Não deverá haver limites nos procedimentos médicos e terapêuticos, conforme determina a Lei nº 9.656/98 e Resoluções Normativas da ANS pertinentes.

7.10.5. Não haverá cobrança de coparticipação do usuário, quando o atendimento de urgência ambulatorial se realizar em virtude de não haver, momentaneamente, leito disponível para imediata internação;

7.10.6. Os serviços médicos e exames, previstos no Termo de Referência, serão realizados independentemente de autorização prévia, nos casos de urgência e/ou emergência.

7.11. **DOS CASOS OMISSOS**

7.11.1. A Unidade própria poderá comunicar à CONTRATADA a inclusão de novos procedimentos e especialidades médicas, métodos complementares e técnicas de diagnóstico ainda não previstas no Estudo Preliminar, como dispõe o item 7.5.5.

7.11.2. À Unidade responsável caberá o acompanhamento da execução do contrato, onde decidirá eventuais omissões surgidas durante sua execução, comunicando em seguida à CONTRATADA.

8. **ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES**

8.1. **DIRETOS** - O quantitativo de beneficiários estimado, por faixa etária, conforme estabelecido na RN/ANS nº 63/2003, é o relacionado na Tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	328
19 a 23 anos	89

24 a 28 anos	27
29 a 33 anos	45
34 a 38 anos	96
39 a 43 anos	117
44 a 48 anos	141
49 a 53 anos	104
54 a 58 anos	110
59 anos acima	196
TOTAL	1253

Tabela 3 - Quantitativo de beneficiários diretos por faixa etária

8.1.1. Os beneficiários diretos serão custeados pela instituição no limite da sua disponibilidade orçamentária e, de forma complementar, pelo beneficiário titular.

8.2. **INDIRETOS** - O quantitativo estimado, por faixa etária, com base na RN/ANS nº 63/2003, é o disposto a seguir:

FAIXA ETÁRIA	BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	59
19 a 23 anos	18
24 a 28 anos	79
29 a 33 anos	61
34 a 38 anos	40
39 a 43 anos	14
44 a 48 anos	12
49 a 53 anos	12
54 a 58 anos	19
59 anos acima	129
TOTAL	443

Tabela 4 - Quantitativo de beneficiários indiretos por faixa etária

8.2.1. Os beneficiários indiretos serão custeados, única e exclusivamente, pelo Membro Efetivo ou pelo servidor a ele relacionado (titular), conforme o caso.

9. LEVANTAMENTO DE MERCADO E JUSTIFICATIVAS DA ESCOLHA DO TIPO E SOLUÇÃO

9.1. No levantamento de mercado, realizado mediante consulta na internet, foi constatado que existe uma única empresa que preenche os requisitos elencados neste estudo preliminar para atender ao universo de servidores do TRE-PB, nos municípios onde os mesmos laboram. Como resultado do levantamento, concluiu-se que o modelo de plano empresarial coletivo por adesão é o mais vantajoso pelos seguintes motivos:

9.1.1. Institucionalização das relações com a CONTRATADA;

- 9.1.2. Preços menores em relação aos preços praticados nas contratações individuais;
- 9.1.3. Ausência de prazos de carência na adesão ao contrato firmado;
- 9.1.4. Cobertura mais abrangente de Clínicas, Hospitais e Médicos.

10. ESTIMATIVAS DE PREÇOS OU PREÇOS REFERENCIAIS:

10.1. Tribunal Regional Eleitoral da Paraíba:

10.1.1. Estes são os preços em vigor no mês de março de 2019 para os diversos tipos de planos do contrato 02/2015, obtidos através da intranet (http://portal.tre-pb.gov.br/intranet/servidor/beneficios/assistencia-medico-hospitalar/novos_valores_marco_2018_corrigida-1.pdf).

	A	B	C	D
	Plano Estadual Coletivo sem coparticipação	Plano Nacional Coletivo sem coparticipação	Plano Estadual Individual sem coparticipação	Plano Nacional Individual sem coparticipação
0 à 18	121,05	154,95	185,21	208,21
19 à 23	154,94	198,33	237,07	266,49
24 à 28	190,58	243,94	291,57	327,80
29 à 33	221,07	282,98	338,24	380,25
34 à 38	247,62	316,94	378,83	425,89
39 à 43	264,93	339,11	405,35	455,69
44 à 48	296,70	379,78	453,95	510,32
49 à 53	370,88	474,73	567,43	637,91
54 à 58	500,71	640,91	766,09	861,22
59 ou mais	605,26	774,74	926,06	1.041,05
	A1	B1	C1	D1
	Plano Estadual Coletivo com coparticipação	Plano Nacional Coletivo com coparticipação	Plano Estadual Individual com coparticipação	Plano Nacional Individual com coparticipação
0 à 18	90,79	116,22	138,90	156,16
19 à 23	116,20	148,75	177,81	199,86
24 à 28	142,93	182,96	218,68	245,85
29 à 33	165,81	212,23	253,69	285,18
34 à 38	185,70	237,70	284,13	319,41
39 à 43	198,70	254,34	304,01	341,76
44 à 48	222,53	284,83	340,46	382,73
49 à 53	278,17	356,05	425,58	478,45
54 à 58	375,53	480,69	574,57	645,91
59 ou mais	453,95	581,05	694,55	780,80

Tabela 5 - Planos e preços TRE-PB

10.2. Seção Judiciária da Paraíba da Justiça Federal

10.2.1. Seguem os valores obtidos por email, documento 0478843, do Setor de Benefícios da Seção Judiciária da Paraíba da Justiça Federal:

	Plano 1	Plano 2	Plano 3	Plano 4
	Plano Nacional Individual sem coparticipação	Plano Nacional Coletivo sem coparticipação	Plano Nacional Individual com coparticipação	Plano Nacional Coletivo com coparticipação
0 à 18	219,36	173,45	161,72	123,65
19 à 23	270,70	216,28	211,34	166,39
24 à 28	310,07	246,23	242,41	188,80
29 à 33	343,75	271,87	269,00	208,92
34 à 38	373,06	294,14	292,13	226,45
39 à 43	424,15	341,16	357,82	269,32
44 à 48	459,28	367,87	385,53	290,29
49 à 53	541,23	430,21	450,20	339,27
54 à 58	684,65	539,30	563,41	424,95
59 ou mais	970,96	745,82	794,97	610,29

Tabela 6 - Planos e preços JF-SJPB

10.3. Unimed João Pessoa - Planos Coletivos por Adesão

10.3.1. Abaixo são apresentados os valores ofertados pela Unimed-JP para Planos Coletivos por Adesão, documento 0478906, porém apenas os que guardam equivalência com alguns dos especificados neste Estudo Preliminar:

	Univida Básico Plus II	Univida Especial Plus III	Saúde II
	Plano Nacional Coletivo sem coparticipação	Plano Nacional Individual sem coparticipação	Plano Estadual Coletivo sem coparticipação
0 à 18	237,99	293,66	179,63
19 à 23	285,72	363,14	212,36
24 à 28	343,61	439,72	246,93
29 à 33	389,83	517,44	287,69
34 à 38	442,21	587,89	329,18
39 à 43	484,89	645,29	384,76
44 à 48	568,42	731,31	419,57
49 à 53	710,13	913,86	541,41
54 à 58	920,57	1.186,45	700,43
59 ou mais	1.238,73	1.659,24	942,08

Tabela 7 - Planos e preços Unimed-JP

10.3.2. Apesar de se tratar de planos similares, uma vez que atendem às peculiaridades de cada órgão contratante (por exemplo, quantidade de vidas seguradas), observa-se, contudo, que possuem modalidades próximas em termos de abrangência, acomodações e existência ou não de coparticipação. Portanto servem para balizar o valor da contratação objeto deste estudo.

11. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

11.1. Contratação de empresa especializada na prestação, em todo o território nacional, de serviços de Assistência Médico-Hospitalar e Ambulatorial, Laboratorial, Psiquiátrica e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias, bem como internações vinculadas ao sistema de atendimento eletivo, de urgência ou emergência, na modalidade de pré-pagamento, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas conforme carências estabelecidas no item 7.6 deste Estudo Preliminar, aos beneficiários regularmente inscritos no Tribunal Regional Eleitoral da Paraíba, de acordo com as normas e condições dispostas neste Estudo Preliminar.

12. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO:

12.1. Pela natureza do objeto, não é possível parcelar a contratação entre empresas diferentes.

12.2. Todo o serviço da solução deverá ser adjudicado a apenas uma empresa, a que oferecer o menor valor total anual estimado global.

13. DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS EM TERMOS DE ECONOMICIDADE E DE MELHOR APROVEITAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS OU FINANCEIROS DISPONÍVEIS:

13.1. Ao propiciar segurança médico-hospitalar para seus servidores, o TRE-PB irá obter melhor aproveitamento dos recursos humanos, uma vez que diminuem os afastamentos por problemas de saúde, os servidores estarão em suas atividades em pleno potencial físico e psicológico, evitando assim a perda da capacidade laboral.

14. PROVIDÊNCIAS PARA ADEQUAÇÃO DO AMBIENTE DO ÓRGÃO

14.1. Devido ao objeto da contratação, não há adequação a ser providenciada pelo TRE-PB.

15. DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE OU NÃO DA CONTRATAÇÃO

15.1. Diante da necessidade demonstrada, da disponibilidade orçamentária, da disponibilidade de empresas prestadoras e do histórico de décadas de utilização deste serviço pelo TRE-PB, declaramos que esta contratação é viável.

João Pessoa, 14 de março de 2019.

DANIEL CARNEIRO DA CUNHA MEIRA MOREIRA DA FRANCA
COORDENADOR DE PESSOAL



Documento assinado eletronicamente em 14/03/2019, às 18:38, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

OSMAN GOMES PIRES RAPOSO FILHO
TÉCNICO JUDICIÁRIO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 07:57, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

KARINA CÉSAR CORRÊA DE MELO RAPOSO
TÉCNICO JUDICIÁRIO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 07:58, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

ALTINO CAMILO DE SOUSA NETO
ANALISTA JUDICIÁRIO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 08:32, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

DIÓGENES ANTÔNIO TAVARES PAIVA
CHEFE DA SEÇÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 10:10, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

MÁRIO LUIZ DUTRA MARTINS
TÉCNICO JUDICIÁRIO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 10:33, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

ARIOALDO ARAÚJO JÚNIOR
COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 11:50, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

ROBERTO DE ALBUQUERQUE CÉZAR
TÉCNICO JUDICIÁRIO



Documento assinado eletronicamente em 15/03/2019, às 12:30, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).

GERALDO LUIS DE OLIVEIRA MARTINS
USUÁRIO EXTERNO

Documento assinado eletronicamente em 19/03/2019, às 16:25, conforme art. 1º, III, "b", da [Lei 11.419/2006](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.tre-pb.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0478067** e o código CRC **0CDBC8C**.

Referência: Processo nº 0008107-39.2018.6.15.8000

SEI nº: 0478067