



Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina

CONTRATO N. 005/2024

Contrato para prestação de serviço médico-hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento (plano de saúde) aos servidores do Tribunal Regional de Santa Catarina (TRE-SC) e seus dependentes, sob a modalidade de pré-pagamento, com as opções de abrangência nacional/estadual, enfermaria/apartamento, com 50% de coparticipação em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, autorizado pelo Senhor Gonsalo André Agostini Ribeiro, Diretor-Geral, nas fls. 1.389-1.393 do Procedimento Administrativo Eletrônico n. 27.989/2023 (Pregão n. 087/2023), que entre si fazem o Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina e a empresa UNIMED Grande Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico, em conformidade com a Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021, com a Lei Complementar n. 123, de 14 de dezembro de 2006, com a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, com a Lei n. 11.488, de 15 de junho de 2007, com a Resolução n. 7, de 18 de outubro de 2005, do Conselho Nacional de Justiça, com os Decretos n. 8.538, de 6 de outubro de 2015, e 11.246, de 27 de outubro de 2022, e com as Portarias P n. 18, de 31 de janeiro de 2023, e n. 39, de 10 de abril de 2023.

Pelo presente instrumento particular, de um lado o TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE SANTA CATARINA, órgão do Poder Judiciário da União, inscrito no CNPJ sob o n. 05.858.851/0001-93, com sede na Rua Esteves Júnior, n. 68, nesta Capital, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, neste ato representado por seu Diretor-Geral, Senhor Gonsalo André Agostini Ribeiro, inscrito no CPF sob o n. 497.661.479-49, residente e domiciliado em Florianópolis/SC e, de outro lado, a empresa UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, estabelecida na Rua Dom Jaime Câmara, n. 94, Centro, Florianópolis/SC, CEP 88015-120, telefones 3216-8149 / 3216-8032, e-mail priscila.michielin@unimedflorianopolis.com.br, inscrita no CNPJ sob o n. 77.858.611/0001-08, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada pelo seu Gerente de Mercado, Senhor Herman Alex Zapata Contreras, inscrito no CPF sob o n. 164.175.298-00, e pelo seu Superintendente, Senhor Gabriel Gustavo Longo, inscrito no CPF sob o n. 947.631.949-68, residentes e domiciliados em Florianópolis/SC, tem entre si ajustado Contrato para prestação de serviço médico-hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento (plano de saúde) aos servidores do Tribunal Regional de Santa

Catarina (TRE-SC) e seus dependentes, sob a modalidade de pré-pagamento, com as opções de abrangência nacional/estadual, enfermaria/apartamento, com 50% de coparticipação em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, firmado de acordo com a Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021, com a Lei Complementar n. 123, de 14 de dezembro de 2006, com a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, com a Lei n. 11.488, de 15 de junho de 2007, com a Resolução n. 7, de 18 de outubro de 2005, do Conselho Nacional de Justiça, com os Decretos n. 8.538, de 6 de outubro de 2015, e 11.246, de 27 de outubro de 2022, com as Portarias P n. 18, de 31 de janeiro de 2023, e n. 39, de 10 de abril de 2023, e com o Pregão n. 087/2023, mediante as cláusulas e condições abaixo enumeradas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviço médico-hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento (plano de saúde) aos servidores do Tribunal Regional de Santa Catarina (TRE-SC) e seus dependentes, sob a modalidade de pré-pagamento, com as opções de abrangência nacional/estadual, enfermaria/apartamento, com 50% de coparticipação em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, na forma como segue:

1.1.1. A Assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial deverá ser prestada por médicos, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia, com abrangência em 80% (oitenta por cento) dos municípios que sejam sede de zona eleitoral no Estado de Santa Catarina (Anexo A – Municípios Sede de Zonas Eleitorais no Estado de Santa Catarina) e em território nacional, viabilizando a possibilidade de diagnóstico e tratamento em qualquer entidade de saúde credenciada ou conveniada, conforme o rol de procedimentos médicos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.1.2. Deverão ser observadas a legislação vigente e as normas e regulamentos, vigentes e vindouros, expedidos pela ANS, ou seja, serão observadas as alterações normativas ocorridas durante todo o período de vigência do contrato.

1.1.3. Abrangência:

1.1.3.1. Rede credenciada em 80% (oitenta por cento) dos municípios sede de zona eleitoral em Santa Catarina (Anexo A – Municípios Sede de Zonas Eleitorais).

1.1.3.2. No âmbito da Região Metropolitana de Florianópolis deverá:

a) abranger, no mínimo, 85% (oitenta e cinco por cento) das especialidades médicas reconhecidas; e

b) ser prestada assistência mediante credenciamento em, no mínimo, 15 (quinze) hospitais, 170 (cento e setenta) clínicas, 70 (setenta) postos de coletas de exames laboratoriais e 1.500 (um mil e quinhentos) profissionais médicos com registro ativo no Conselho Regional de Medicina.

1.1.3.3. No mínimo, 1 (um) hospital de rede própria, credenciada, contratada, cooperada ou referenciada nos Municípios de Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joinville e Lages.

1.1.3.4. Rede credenciada em ao menos 15 (quinze) Estados Brasileiros, sendo obrigatória ampla rede nos Estados do Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Distrito Federal.

1.1.4. Prestação do Serviço:

1.1.4.1. O atendimento a ser prestado poderá ser realizado por meio de rede própria, cooperada ou credenciada.

1.1.4.2. Será assegurada aos beneficiários regularmente cadastrados a assistência à saúde de acordo com as normas e regulamentações expedidas pela ANS.

1.1.4.3. O Plano de Saúde deverá contemplar a cobertura de todos os procedimentos constantes do plano de referência instituído pelo art. 10, observadas as exceções ali previstas, além das coberturas arroladas nos incisos I, II, e III do art. 12, ambos da Lei n. 9.656, 3 de junho de 1998, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.1.4.4. Todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos da ANS durante a vigência contratual deverão ser abrangidos pela cobertura da Contratada.

1.1.4.5. Será garantida a cobertura de doenças, tratamentos e internações preexistentes, observadas as regras da Declaração de Saúde (DS), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e de carência nos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC).

1.1.4.6. A capacidade de atendimento deve ser mantida, na sua totalidade, durante toda a vigência do contrato, mediante a apresentação de relação dos credenciamentos ou manual atualizado com nomes, endereços e telefones de médicos, hospitais e clínicas de pronto atendimento e laboratórios disponíveis para atendimento, sempre que demandada.

1.1.4.7. Será expedido, por meio digital, em aplicativo próprio, sem prejuízo de qualquer atendimento, o cartão de identificação ou documento equivalente individualizado para cada beneficiário cadastrado, a ser utilizado na fruição dos serviços contratados.

1.1.4.7.1. Por solicitação do beneficiário, será expedido, além do cartão digital, ao custo máximo de R\$ 20,00 (vinte reais) e no prazo máximo de 15 (quinze) dias, cartão físico de identificação ou documento equivalente individualizado, a ser utilizado na fruição dos serviços contratados.

1.1.4.8. Não será cobrada qualquer taxa administrativa quando ocorrerem inclusões, exclusões ou alteração do padrão de acomodação, abrangência do plano e formas de coparticipação.

1.1.4.9. Será disponibilizado aos beneficiários atendimento em sede ou escritório na Capital do Estado de Santa Catarina, central telefônica de atendimento 24 horas (serviço 0800), bem como portal da operadora de saúde na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, como propósito de fornecer, no mínimo, serviços online e informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo plano de assistência à saúde.

1.1.4.10. Serão aplicadas soluções adequadas com vistas à garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência no portal da operadora na Intranet ou em

aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, conforme melhores práticas e diretrizes adotadas para esse fim.

1.1.4.11. Arrolar e divulgar os eventos que necessitem de autorização/senha para a realização, tornando-os públicos e fornecendo-os ao TRE-SC.

1.1.4.12. Somente poderá ser exigida autorização para a realização de exames complementares em situações que envolvam procedimentos eletivos, cujas rotinas da empresa a ser contratada antecipadamente definam como dependentes de avaliação pericial e/ou de auditoria prévias.

1.1.4.13. Não será exigida, nos casos de urgência e emergência, autorização prévia para realização de qualquer exame ou procedimento.

1.1.4.14. Será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional, quando não houver acomodação hospitalar disponível na rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada, de acordo com o padrão de conforto escolhido pelo beneficiário.

1.1.4.15. Serão garantidos aos médicos do TRE-SC, independentemente de serem da rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada, o direito à solicitação de exames complementares e a consequente aceitação pelos prestadores de serviço.

1.1.4.16. A Contratada deverá ter credenciados, durante a vigência do contrato, profissionais de todas as especialidades médicas e serviços de diagnósticos / tratamento compatíveis com a amplitude e abrangência do plano de saúde, mantendo, no mínimo, as condições apresentadas por ocasião da licitação, e, conforme as normas da ANS, se a Operadora não tiver prestador credenciado, o beneficiário poderá buscar atendimento médico particular e solicitar reembolso.

1.1.4.17. É vedado, em qualquer hipótese, exigir cheque-caução aos beneficiários pelos estabelecimentos próprios credenciados, contratados, cooperados ou referenciados da operadora, para realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar. A empresa a ser contratada deverá orientar os serviços contratados / credenciados / referenciados / cooperados quanto a essa vedação e, em sendo a hipótese, fornecer imediatamente as autorizações aos prestadores de serviço.

1.1.4.18. Serão disponibilizados aos beneficiários os serviços discriminados no presente estudo/abaixo, além de todos os outros arrolados na cobertura mínima da Resolução Normativa ANS 465/2021 e suas atualizações (pela ANS):

- **Consultas e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica:**

a) consultas em consultórios particulares, com horário previamente estabelecido e em regime de livre escolha dentre os profissionais credenciados ou conveniados;

b) consultas em serviço de pronto-socorro credenciado pelo licitante vencedor, para os casos de urgência/emergência, por meio de médicos plantonistas; e

c) serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, mediante requisição médica.

- **Assistência hospitalar:**

a) critério do beneficiário e de acordo com a modalidade do plano contratado, internação com direito a acompanhante, para tratamentos obstétricos, clínicos, cirúrgicos e pediátricos, nos hospitais credenciados pela contratada;

b) serviços de enfermagem durante o período de internação ou no transcorrer de procedimentos médicos reconhecidos pelos órgãos competentes;

c) utilização de salas de cirurgias, de parto e berçário;

d) fornecimento de medicamentos reconhecidos pelos órgãos competentes e prescritos durante o período de internação ou no transcorrer de procedimentos médicos;

e) realização de exames e tratamentos complementares solicitados pelo médico para controle da doença do paciente internado;

f) realização de cirurgia plástica reparadora, nos casos de deformidades congênicas ou adquiridas por doenças desfigurantes, ou, ainda, em casos de sequelas provenientes de acidentes que comprometam a capacidade laborativa ou a imagem estética do beneficiário;

g) atendimento em consultório e assistência hospitalar nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em quaisquer outras que vierem a ser homologadas por este durante a vigência da contratação;

h) assistência hospitalar em domicílio (*home care*), por recomendação médica e atendidos os critérios a serem estabelecidos pela Operadora de Saúde para a assistência dessa natureza; e

i) demais atendimentos de cobertura mínima obrigatória de acordo com o Rol de Procedimentos atualizado conforme a Resolução Normativa ANS n. 465/2021, e suas atualizações posteriores.

1.1.5. Reembolso:

1.1.5.1. Em casos de urgência ou emergência, quando comprovadamente e por culpa da empresa a ser contratada não for possível a utilização de serviços próprios, contratados, credenciados, cooperados ou referenciados, o beneficiário terá o direito ao ressarcimento das despesas efetuadas com a assistência à saúde, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo mercado, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada.

1.1.6. Modalidades de Plano de Saúde:

	Abrangência	Tipo de Acomodação	Coparticipação
1	Nacional	Apartamento	50%
2	Nacional	Enfermaria	50%
3	Estadual	Apartamento	50%
4	Estadual	Enfermaria	50%

1.1.6.1. Os beneficiários-titulares deverão optar por uma dessas modalidades, que vincularão seus dependentes.

1.1.6.2. Não haverá limite mínimo de beneficiários para cada uma dessas modalidades de plano de saúde.

1.1.6.3. Na execução do contrato, o prazo para alteração de abrangência e coparticipação será de até 30 (trinta) dias. A alteração para acomodação superior acarretará a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

1.1.7. Faixas etárias

Faixa etária
0-18
19-23
24-28
29-33
34-38
39-43
44-48
49-53
54-58
59 ou mais

1.1.8. Beneficiários

1.1.8.1. Poderão ser **beneficiários-titulares**: servidores ativos, inativos e removidos para este Tribunal, pensionistas e ocupantes de cargo em comissão do TRE-SC.

1.1.8.2. Poderão ser **beneficiários-dependentes** dos servidores ativos e inativos; dos servidores removidos para este Tribunal; e dos ocupantes de cargo em comissão do TRE-SC:

a) o cônjuge:

b) o companheiro, desde que comprovada, neste Tribunal, a união estável como entidade familiar;

c) o filho até vinte e um anos de idade, ou até vinte e quatro anos se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

d) o enteado que viva às expensas do beneficiário-titular, até vinte e um anos de idade, ou até vinte e quatro anos se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez;

e) a pessoa que esteja judicialmente sob a responsabilidade e o sustento do beneficiário-titular, até dezoito anos, ou de qualquer idade se inválida;

f) o pai e a mãe do beneficiário-titular, desde que comprovada a dependência econômica; e

g) o inválido, de qualquer idade, enquanto durar a invalidez, desde que comprovada a dependência econômica em relação ao beneficiário-titular.

1.1.8.3. Poderão ser **beneficiários-dependentes especiais**: os filhos e enteados entre 21 a 28 anos, independentemente de estarem cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, dos servidores ativos e inativos; dos servidores removidos para este Tribunal; e dos ocupantes de cargo em comissão do TRE-SC.

1.1.8.3.1. Na hipótese prevista na subcláusula 1.1.8.3, caberá ao beneficiário-titular a quitação do valor integral das mensalidades, da coparticipação e de qualquer outra taxa prevista no contrato, sem qualquer contrapartida do TRE-SC, que providenciará somente os descontos em folha de pagamento e/ou mediante recolhimento de GRU.

1.1.8.4. Aceitação de beneficiários

1.1.8.4.1. Serão aceitos como beneficiários, sem limite de idade, todos os servidores ativos, inativos, removidos para este Tribunal, ocupantes de cargo em comissão no TRE-SC, seus dependentes legais e especiais e os pensionistas do TRE-SC.

1.1.8.4.2. Deverão ser aceitos no plano de saúde todos os beneficiários (titulares, dependente e dependentes-especiais) portadores de doenças e lesões preexistentes¹, crônicas ou congênitas, em igualdade de condições com os demais integrantes do grupo, observadas as seguintes situações:

1.1.8.4.2.1. O beneficiário-titular e seus dependentes deverão informar à Operadora de Saúde, quando expressamente solicitado, por meio do preenchimento do formulário de Declaração de Saúde (DS), o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da inclusão no plano de saúde;

1.1.8.4.2.1.1. O beneficiário titular e seus dependentes poderão solicitar um médico indicado pela Operadora de Saúde para orientá-los no preenchimento do formulário de Declaração de Saúde (DS), sem qualquer ônus financeiro;

1.1.8.4.2.1.2. Na hipótese de o beneficiário optar por outro médico, que não seja o indicado pela Operadora de Saúde, deverá arcar com o ônus financeiro gerado pela orientação quanto ao preenchimento do formulário de Declaração de Saúde (DS);

1.1.8.4.2.1.3. A Operadora de Saúde poderá solicitar ao beneficiário a realização de perícia médica, acompanhada ou não de exames, sem ônus financeiro para o beneficiário titular e seus dependentes, a ser realizada com profissional indicado por aquela;

1.1.8.4.2.1.4. Se houver solicitação de exames complementares para auxiliar a avaliação do médico perito, a Operadora de Saúde emitirá guia para realização dos exames e indicará o estabelecimento para realização. O resultado deve ser entregue pelo beneficiário ao médico perito no ato da avaliação e acompanhará o formulário de Declaração de Saúde (DS);

1.1.8.4.2.1.5. Efetivados os procedimentos necessários à conclusão do procedimento da Declaração de Saúde (DS), sem a constatação de doença e/ou lesão preexistentes, não haverá alegação posterior dessa condição por parte da Operadora de Saúde, com exceção da situação prevista na subcláusula 1.1.8.4.2.1.6;

1.1.8.4.2.1.6. Na hipótese de constatação de doença e/ou lesão preexistente, a Operadora de Saúde deverá oferecer aos beneficiários (titulares, dependentes e dependentes-especiais) a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da adesão ao plano de saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas. Os procedimentos sujeitos à Cobertura Parcial

¹ Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou inscrição no contrato de plano de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n. 9.656/1998.

Temporária são aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), conforme especificado pela ANS;

1.1.8.4.2.1.7. Identificado indício de omissão de doença ou lesão preexistente na contratação do plano, a Operadora cientificará o beneficiário por meio de Termo de Comunicação e oferecerá Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo prazo regulamentar. Caso exista recusa de Cobertura Parcial Temporária (CPT) pelo beneficiário ou ausência de manifestação no prazo regulamentar, a Operadora solicitará a abertura de processo administrativo junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e

1.1.8.4.2.1.8. Na hipótese do item anterior, a negativa de cobertura ou exclusão do beneficiário, assim como a cobrança de despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de cobertura parcial temporária (CPT), só ocorrerá após a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, caso venha a ser comprovada a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada.

1.1.8.4.2.2. Ficarão isentos da análise de doença e lesão preexistente, os beneficiários titulares e dependentes, desde que o pedido de inscrição do beneficiário-titular e de seus dependentes seja formalizado à Operadora de Saúde em até 30 (trinta) dias do início da vigência contratual e/ou do início do vínculo do beneficiário-titular com o TRE-SC.

1.1.8.4.2.3. O recém-nascido, filho natural ou adotivo ou sob guarda ou tutela do beneficiário titular ou do beneficiário dependente, será inscrito no plano de saúde, isento da Declaração de Saúde (DS) de doença ou lesão preexistente, desde que:

a) a inscrição seja efetuada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção ou guarda ou tutela;

b) o beneficiário–titular tenha cumprido 180 (cento e oitenta) dias de carência, se for o caso; e

c) seja elegível como dependente.

1.1.8.4.2.3.1. Na hipótese de o beneficiário-titular – pai, mãe ou representante legal – não ter cumprido o período de carência no plano de saúde há mais de 180 (cento e oitenta) dias, se for o caso, o recém-nascido aproveitará o período de carência já cumprido, e deverá cumprir o período remanescente.

1.1.8.4.2.4. O menor de 12 (doze) anos adotado ou sob guarda ou tutela ou que teve a paternidade/maternidade reconhecida (judicial ou extrajudicialmente) pelo beneficiário-titular será inscrito no plano de saúde, com aproveitamento dos períodos de carência e sem alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

a) a inscrição seja realizada no prazo máximo de até 30 (trinta) dias da adoção ou guarda ou tutela ou reconhecimento de paternidade;

b) o beneficiário-titular tenha cumprido 180 (cento e oitenta) dias de carência, se for o caso; e

c) seja elegível como dependente.

1.1.8.4.3. Com exceção da hipótese de caracterização da Cobertura Parcial Temporária (CPT) em decorrência de doença e/ou lesão pré-existente, todos os demais beneficiários que se encontrarem em qualquer tipo de tratamento de saúde, ambulatorial ou hospitalar, deverão ser aceitos independentemente de estarem internados em

entidade hospitalar credenciada/referenciada/contratada/cooperada ou não, compreendendo-se, para este efeito, a assunção imediata das despesas com a continuidade do tratamento ou internação diretamente junto ao prestador de serviço.

1.1.8.4.4. Com exceção da hipótese de caracterização da Cobertura Parcial Temporária (CPT) em decorrência de doença e/ou lesão pré-existente, não haverá qualquer tipo de carência para os beneficiários já inscritos no plano de assistência à saúde, bem como àqueles que solicitarem inclusão no prazo de 30 (trinta) dias do reconhecimento pelo TRE-SC da qualidade beneficiário-titular e/ou dependente.

1.1.8.5. Inclusões de novos beneficiários

1.1.8.5.1. Das inclusões em geral

1.1.8.5.1.1. Durante a vigência do contrato, as inclusões no plano de saúde com direito à cobertura assistencial imediata deverão ser solicitadas no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ocorrência das seguintes hipóteses:

- a) ingresso de novos servidores e respectivos dependentes; e
- b) constituição de novos dependentes, nos termos das regulamentações do TRESC.

1.1.8.5.2. Da inclusão de neonatos

1.1.8.5.2.1. Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou a adoção.

1.1.8.5.2.2. Nesses 30 (trinta) dias, será assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência.

1.1.8.5.3. Novos Beneficiários portadores de doenças e lesões preexistentes:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Procedimentos de Alta Complexidade no caso de doenças e lesões preexistentes constatadas a partir de Declaração de Saúde (DS) para novos beneficiários.	24 horas

1.1.8.5.4. As inscrições que não se enquadrarem nas hipóteses anteriores cumprirão os seguintes períodos de carência:

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Urgência e emergência	24 horas
Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necrópsia), raio-x simples e contrastados, eletrocardiograma e ultrassonografia	30 dias
Consultas médicas	30 dias
Fisioterapias	90 dias
Sessão de fonoaudiologia, nutricionista, psicoterapia e terapia ocupacional	180 dias

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Parto a termo	300 dias
Todas as demais coberturas	180 dias

1.1.8.6. Condições da perda da qualidade de beneficiário

1.1.8.6.1. Ocorrerá a perda da qualidade de beneficiário por desligamento voluntário do servidor/dependente do plano de saúde, falecimento do beneficiário titular/dependente, exoneração do servidor do cargo efetivo/em comissão, bem como se alguma das condições previstas na subcláusula 1.1.8 deixar de coexistir.

1.1.9. Coparticipação

1.1.9.1. A coparticipação se limitará aos procedimentos relacionados com as consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais, conforme o percentual a ser contratado (50%), e não incidirá em qualquer hipótese sobre os tratamentos decorrentes de internação hospitalar de qualquer beneficiário, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva.

1.1.9.2. Fixa-se o limite de R\$ 200,00 (duzentos reais) como valor máximo, por procedimento, para a coparticipação dos beneficiários para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, independentemente do percentual de coparticipação contratado (50%).

1.1.9.3. Não haverá qualquer coparticipação sobre as internações hospitalares, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva.

1.1.10. Transporte Terrestre e Aeromédico de Urgência

1.1.10.1. Segundo os critérios definidos pela Operadora de Saúde, será oferecida a prestação de serviços adicionais de transporte terrestre e aéreo de urgência para remoção de beneficiários.

1.1.10.2. Terão direito à cobertura de transporte terrestre e aéreo de urgência o beneficiário titular e seu(s) dependente(s), desde que devidamente inscritos no plano de saúde.

1.1.10.3. Os serviços de transporte terrestre e aéreo de urgência, **exclusivamente por indicação médica e em território nacional e segundo os critérios técnicos definidos pela Operadora de Saúde**, observarão as limitações de cobertura contratual e da área de abrangência geográfica prevista no contrato de plano de saúde.

1.1.10.4. O serviço será disponibilizado 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

1.1.10.5. O atendimento será efetuado de acordo com a disponibilidade dos equipamentos, contando com o acompanhamento médico e os recursos materiais necessários, conforme a ordem de solicitação devidamente registrada pela Central de Atendimento/Regulação da Operadora.

1.1.10.6. Deverá ser assegurado ao beneficiário, o transporte:

a) **aéreo**, de um hospital para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato de assistência à saúde; e

b) **terrestre ou aéreo**, nos casos de repatriamento (recondução do beneficiário para seu estado ou cidade de domicílio) quando necessária a remoção em transporte especializado, por estrita indicação médica e necessidade absoluta e premente da utilização de tais recursos:

b.1) de um hospital dentro do Estado de Santa Catarina para outro na cidade em que resida para continuidade do tratamento médico;

b.2) de um hospital fora do Estado de Santa Catarina para outro dentro do Estado para continuidade do tratamento médico; e

b.3) nos casos de alta hospitalar para continuidade em tratamento domiciliar.

1.1.11. Assistência Médica Emergencial Volante

1.1.11.1. Por opção dos beneficiários, a contratada poderá oferecer ao grupo familiar o serviço de assistência médica emergencial volante, a exemplo de ambulância e/ou Unidade de Terapia Intensiva móvel, devidamente equipada e composta por médicos, enfermeiros ou socorristas, com a finalidade de atender urgências e emergências médicas, bem como remoção do beneficiário para unidade hospitalar, caso necessário.

1.1.12. Eventuais divergências médicas sobre os serviços prestados poderão ser dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) profissionais, sendo um indicado pela contratante, um indicado pela contratada e um terceiro escolhido pelos indicados.

1.1.12.1. Caso não haja acordo na escolha do terceiro profissional de que trata a letra acima, a sua designação poderá ser solicitada ao Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina.

PARÁGRAFO ÚNICO

A prestação dos serviços obedecerá ao estipulado neste Contrato, bem como às disposições do Pregão n. 087/2023, de 22/12/2023, além das obrigações assumidas na proposta apresentada pela Contratada em 22/12/2023, por meio do Sistema COMPRAS.GOV.BR, e dirigida ao Contratante, contendo o preço do objeto que, independentemente de transcrição, fazem parte integrante e complementar dos serviços deste Contrato, no que não o contrariem.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1. A Contratante pagará à Contratada, pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, descritos na Cláusula Primeira, os seguintes valores:

2.1.1. R\$ 194,76 (cento e noventa e quatro reais e setenta e seis centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 0-18, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.2. R\$ 243,46 (duzentos e quarenta e três reais e quarenta e seis centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 19-23, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.3. R\$ 307,71 (trezentos e sete reais e setenta e um centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 24-28, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.4. R\$ 364,18 (trezentos e sessenta e quatro reais e dezoito centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 29-33, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.5. R\$ 428,48 (quatrocentos e vinte e oito reais e quarenta e oito centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 34-38, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.6. R\$ 486,33 (quatrocentos e oitenta e seis reais e trinta e três centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 39-43, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.7. R\$ 550,62 (quinhentos e cinquenta reais e sessenta e dois centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 44-48, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.8. R\$ 625,40 (seiscentos e vinte e cinco reais e quarenta centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 49-53, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.9. R\$ 797,93 (setecentos e noventa e sete reais e noventa e três centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 54-58, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.10. R\$ 1.137,15 (um mil, cento e trinta e sete reais e quinze centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 59 ou mais, com abrangência nacional, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.11. R\$ 142,80 (cento e quarenta e dois reais e oitenta centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 0-18, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.12. R\$ 178,49 (cento e setenta e oito reais e quarenta e nove centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 19-23, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.13. R\$ 225,60 (duzentos e vinte e cinco reais e sessenta centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 24-28, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.14. R\$ 266,98 (duzentos e sessenta e seis reais e noventa e oito centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 29-33, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.15. R\$ 314,12 (trezentos e quatorze reais e doze centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 34-38, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.16. R\$ 356,50 (trezentos e cinquenta e seis reais e cinquenta centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 39-43, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.17. R\$ 403,65 (quatrocentos e três reais e sessenta e cinco centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 44-48, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.18. R\$ 458,45 (quatrocentos e cinquenta e oito reais e quarenta e cinco centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 49-53, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.19. R\$ 584,95 (quinhentos e oitenta e quatro reais e noventa e cinco centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 54-58, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.20. R\$ 833,61 (oitocentos e trinta e três reais e sessenta e um centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 59 ou mais, com abrangência nacional, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.21. R\$ 162,01 (cento e sessenta e dois reais e um centavo), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 0-18, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.22. R\$ 202,56 (duzentos e dois reais e cinquenta e seis centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 19-23, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.23. R\$ 256,01 (duzentos e cinquenta e seis reais e um centavo), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 24-28, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.24. R\$ 303,01 (trezentos e três reais e um centavo), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 29-33, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.25. R\$ 356,47 (trezentos e cinquenta e seis reais e quarenta e sete centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 34-38, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.26. R\$ 404,62 (quatrocentos e quatro reais e sessenta e dois centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 39-43, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.27. R\$ 458,13 (quatrocentos e cinquenta e oito reais e treze centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 44-48, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.28. R\$ 520,31 (quinhentos e vinte reais e trinta e um centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 49-53, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.29. R\$ 663,89 (seiscentos e sessenta e três reais e oitenta e nove centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 54-58, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.30. R\$ 946,10 (novecentos e quarenta e seis reais e dez centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 59 ou mais, com abrangência estadual, acomodação em apartamento e coparticipação de 50%;

2.1.31. R\$ 113,92 (cento e treze reais e noventa e dois centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 0-18, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.32. R\$ 142,39 (cento e quarenta e dois reais e trinta e nove centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 19-23, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.33. R\$ 179,99 (cento e setenta e nove reais e noventa e nove centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 24-28, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.34. R\$ 213,02 (duzentos e treze reais e dois centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 29-33, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.35. R\$ 250,63 (duzentos e cinquenta reais e sessenta e três centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 34-38, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.36. R\$ 284,43 (duzentos e oitenta e quatro reais e quarenta e três centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 39-43, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.37. R\$ 322,03 (trezentos e vinte e dois reais e três centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 44-48, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.38. R\$ 365,78 (trezentos e sessenta e cinco reais e setenta e oito centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 49-53, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%;

2.1.39. R\$ 466,68 (quatrocentos e sessenta e seis reais e sessenta e oito centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 54-58, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%; e

2.1.40. R\$ 665,05 (seiscentos e sessenta e cinco reais e cinco centavos), referente ao valor mensal do plano para faixa etária de 59 ou mais, com abrangência estadual, acomodação em enfermaria e coparticipação de 50%.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR ANUAL ESTIMADO

3.1. O presente Contrato tem como valor anual estimado a importância de R\$ 8.028.617,76 (oito milhões, vinte e oito mil, seiscentos e dezessete reais e setenta e seis centavos), considerando-se a aplicação dos valores a que se refere a Cláusula Segunda sobre o número de beneficiários, por faixa etária, dos planos nacional (apartamento), nacional (enfermaria), estadual (apartamento) e estadual (enfermaria) da contratação antecedente a este ajuste.

CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

4.1. O presente Contrato terá vigência de 5 (cinco) anos, a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado até o limite de 10 (dez) anos, nos termos da Lei n. 14.133/2021.

4.1.1. Antes de formalizar ou prorrogar o prazo de vigência do contrato, a Administração verificará a regularidade fiscal da Contratada, consultará o Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS e o Cadastro Nacional de Empresas

Punidas – CNEP, emitirá as certidões negativas de inidoneidade, de impedimento e de débitos trabalhistas, as quais serão juntadas aos autos do respectivo processo.

CLÁUSULA QUINTA – DA ALTERAÇÃO

5.1. Este instrumento poderá ser alterado na ocorrência de quaisquer dos fatos estipulados no artigo 124 da Lei n. 14.133/2021.

CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO

6.1. A Contratada deverá encaminhar mensalmente duas faturas de serviços:

- a) uma relativa às mensalidades (parcelas fixas), de acordo com a modalidade de plano escolhida por cada beneficiário; e
- b) outra, relativa às coparticipações em procedimentos ou eventos de saúde realizados pelos beneficiários.

6.2. A apresentação da fatura e documentos relativos aos serviços prestados deverá obedecer ao seguinte cronograma:

a) até o décimo dia do mês anterior ao do pagamento: encaminhamento ou disponibilização eletrônica pela Contratada de relatórios referentes a coparticipações, que permitam a conferência, bem como a consulta, por meio da intranet/internet do TRE-SC;

b) até o vigésimo quinto dia do mês anterior ao do pagamento: encaminhamento ou disponibilização eletrônica pela Contratada de relatórios referentes a mensalidades (parcelas fixas), que permitam a conferência, bem como a consulta, por meio da intranet/internet do TRE-SC;

c) até o décimo quinto dia do mês anterior ao do pagamento: prazo para o TRE-SC solicitar à Contratada o envio dos documentos, relativos às despesas de coparticipação que suscitaram dúvidas por parte dos usuários;

d) até o trigésimo dia do mês anterior ao do pagamento: prazo para a Contratada encaminhar os documentos solicitados para análise pela Unidade responsável do TRE-SC; e

e) até o último dia do mês anterior ao do pagamento: deverá ser feita a devolução à Contratada, pelo setor competente do TRE-SC, das irregularidades constatadas, com glosa dos valores correspondentes, sendo informado à Contratada o valor correto das despesas para emissão de crédito à Contratante em faturas vindouras.

6.3. Excepcionalmente, por motivos operacionais de qualquer das partes, poderão ser aceitos outros documentos, tais como, concessão de desconto ou carta de prorrogação de vencimento.

6.4. Caso os prazos expirem em dia não útil, deverá ser considerado o primeiro dia útil imediatamente anterior.

6.5. O prazo de vencimento das faturas será o vigésimo quinto dia de cada mês.

6.6. O reencaminhamento pela entidade Contratada da documentação glosada, devidamente corrigida, seguirá o mesmo trâmite.

6.7. Com relação a irregularidades nos valores fixos (mensalidades dos planos), os valores pagos indevidamente gerarão créditos que serão descontados do valor total das faturas vindouras.

6.8. Em casos de extravio da documentação comprobatória de despesa considerada como indevida ou duvidosa pelos servidores e pelo TRE-SC, poder-se-á aceitar, excepcionalmente, desde que motivado justificadamente pela Contratada, fotocópia ou declaração de realização da despesa.

6.9. Não havendo tempo hábil para a apresentação da documentação acima referida, e constatado, posteriormente, após conferência dos setores responsáveis do TRE-SC, que ocorreram pagamentos de despesas consideradas irregulares, os valores pagos indevidamente gerarão créditos que serão descontados do valor total das faturas subsequentes.

6.10. O pagamento será devido a partir da data de início da prestação dos serviços.

6.11. O recebimento provisório ocorrerá, mensalmente, com a prestação dos serviços aos beneficiários, conforme a modalidade e abrangência do plano de saúde, e o envio dos dados com os valores das mensalidades e das coparticipações dos usuários, e as respectivas notas fiscais necessárias à atestação e ao pagamento.

6.12. O recebimento definitivo dar-se-á em até 10 (dez) dias úteis após o recebimento provisório do objeto, exceto se houver atraso motivado pela empresa.

6.13. O prazo máximo para a efetivação do pagamento será de 10 (dez) dias úteis após o recebimento definitivo do objeto.

6.14. Nenhum pagamento será efetuado à Contratada, enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.

6.15. É condição para o pagamento do valor constante da Nota Fiscal/Fatura a comprovação da manutenção das condições exigidas para a habilitação na licitação.

6.16. Nos termos do § 4º do art. 6º da Instrução Normativa RFB n. 1.234, de 12 de janeiro de 2012, o TRE-SC efetuará consulta ao Portal do Simples Nacional para fins de verificação da condição da empresa de optante pelo Simples Nacional. Caso não seja esse o regime de tributação utilizado em suas relações comerciais, serão retidos pelo TRE-SC os encargos tributários atribuídos a empresas não optantes.

6.17. Se ocorrerem **atrasos de pagamento** provocado exclusivamente pela Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$$EM = N \times VP \times I$$

Onde:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela em atraso.

I = Índice de atualização financeira:

$I = 6/100/365$ (ou seja, taxa anual/100/365dias).
 $I = 0,0001644$.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1. As despesas correspondentes ao exercício de 2024 correrão à conta do Programa de Trabalho 02.331.0033.2004.0042 – Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes no Estado de SC, Natureza da Despesa 3.3.90.93, Indenizações e Restituições, Subitem 08 – Ressarcimento Assistência Médica/Odontológica.

7.1.1. Os créditos e respectivos empenhos relativos aos exercícios subsequentes serão registrados mediante apostilamento.

CLÁUSULA OITAVA – DO EMPENHO DA DESPESA

8.1. Para atender as despesas do exercício em curso, foi emitida a Nota de Empenho n. 2024NE000041, em 11/01/2024, no valor de R\$ 1.050.000,00 (um milhão e cinquenta mil reais).

8.1.1. As parcelas de despesas a serem executadas em exercício futuro serão cobertas por créditos orçamentários e notas de empenho emitidas em época própria.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

9.1. O Contratante se obriga a:

9.1.1. efetuar o pagamento à Contratada, de acordo com as condições, no preço e no prazo estabelecidos nas Cláusulas Segunda e Sexta deste Contrato;

9.1.2. promover, por meio do **Gestor da Contratação**, o acompanhamento e a fiscalização da execução do Contrato, em conformidade com o art. 117 da Lei n. 14.133/2021, com o apoio da Equipe de Fiscalização;

9.1.2.1. a Equipe de Fiscalização do Contrato é composta por:

	Titular ou substituto das unidades
Gestor da contratação	Seção de Saúde da Coordenadoria de Pessoal
Fiscal técnico	Assistência IV da Seção de Saúde da Coordenadoria de Pessoal
Fiscais administrativos	Seção de Gerenciamento de Contratações Seção de Preparação de Pagamentos e Análise Tributária

9.1.3. relacionar os beneficiários, quando da assinatura do Contrato com a Contratada, com todos os dados necessários para fins de cadastramento;

9.1.4. comunicar à Contratada as inclusões, exclusões e alterações de plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do direito ao atendimento;

9.1.5. repassar à Contratada, mensalmente, o relatório de valores descontados a título de coparticipação dos beneficiários-responsáveis optantes dessa modalidade;

9.1.6. prestar à Contratada as informações e ações possíveis e necessárias ao desempenho dos seus serviços; e

9.1.7. efetuar o recebimento definitivo no prazo fixado na subcláusula 6.1.12.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

10.1. A Contratada ficará obrigada a executar o objeto proposto nas condições estipuladas no Termo de Referência do Edital do Pregão n. 087/2023 e em sua proposta, e, ainda:

10.1.1. prestar atendimento em rede própria, cooperada ou credenciada;

10.1.2. prestar assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e laboratorial por médicos, por meio de hospitais e serviços de diagnóstico e terapia, viabilizando a possibilidade de diagnóstico e tratamento em qualquer entidade de saúde credenciada ou conveniada, conforme o rol de procedimentos médicos vigente estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

10.1.3. assegurar aos beneficiários regularmente cadastrados a assistência à saúde de acordo com as normas e regulamentações expedidas pela ANS;

10.1.4. contemplar a cobertura de todos os procedimentos constantes do plano de referência instituído pelo art. 10, observadas as exceções ali previstas, além das coberturas arroladas nos incisos I, II, e III do art. 12, ambos da Lei n. 9.656, 3 de junho de 1998, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

10.1.5. abranger a cobertura de todos os procedimentos novos que venham a ser incluídos no rol de procedimentos da ANS durante a vigência contratual;

10.1.6. garantir a cobertura de doenças, tratamentos e internações preexistentes, observadas as regras da Declaração de Saúde (DS), Cobertura Parcial Temporária (CPT) e de carência nos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC);

10.1.7. manter a capacidade de atendimento, na sua totalidade, durante toda a vigência do contrato, mediante a apresentação de relação dos credenciamentos ou manual atualizado com nomes, endereços e telefones de médicos, hospitais e clínicas de pronto atendimento e laboratórios disponíveis para atendimento, sempre que demandada;

10.1.8. manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, credenciar outro de mesmo porte e com a mesma capacidade técnica, abrangência e número de leitos;

10.1.9. na hipótese de substituição de estabelecimento hospitalar, por vontade da Contratada e durante período de internação do beneficiário, referida no § 2º do art. 17 da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, a Contratada se obriga a providenciar a manutenção da internação no estabelecimento substituído e a pagar as respectivas despesas até a alta hospitalar, a critério médico;

10.1.10. expedir, por meio digital, em aplicativo próprio, sem prejuízo de qualquer atendimento, o cartão de identificação ou documento equivalente individualizado para cada beneficiário cadastrado, a ser utilizado na fruição dos serviços contratados;

10.1.11. expedir, além do cartão digital, por solicitação do beneficiário, ao custo máximo de R\$ 20,00 (vinte reais) e no prazo máximo de 15 (quinze) dias, cartão físico de identificação ou documento equivalente individualizado, a ser utilizado na fruição dos serviços contratados;

10.1.12. fornecer o número de identificação de beneficiário cadastrado quando da inclusão de novo usuário, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a fim de possibilitar o acesso aos serviços enquanto pendente o encaminhamento do cartão de utilização;

10.1.13. não cobrar qualquer taxa administrativa quando ocorrerem inclusões, exclusões ou alteração do padrão de acomodação, abrangência do plano e formas de coparticipação;

10.1.14. não realizar distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados;

10.1.15. disponibilizar atendimento presencial em sede ou escritório da empresa a ser contratada na Capital do Estado de Santa Catarina, central telefônica de atendimento 24 horas (serviço 0800), bem como portal da operadora de saúde na Internet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, como propósito de fornecer, no mínimo, serviços online e informações a respeito dos produtos e serviços próprios, credenciados, contratados, cooperados ou referenciados oferecidos pelo plano de assistência à saúde;

10.1.16. disponibilizar aos beneficiários, na internet, a relação atualizada dos médicos, hospitais, prontos-socorros, laboratórios e outras instituições da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, constando nome, telefone e endereço, mantendo atualizado o cadastro dos prestadores de serviço contratados ou credenciados;

10.1.17. observar os prazos máximos definidos no art. 3º da Resolução Normativa ANS n. 259/2011 e atualizações posteriores, para a realização de procedimentos eletivos, independente de perícia médica;

10.1.18. aplicar soluções adequadas com vistas à garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência no portal da operadora na Intranet ou em aplicativos disponíveis para computadores, tablets e celulares, conforme melhores práticas e diretrizes adotadas para esse fim;

10.1.19. arrolar e divulgar os eventos que necessitem de autorização/senha para a realização, tornando-os públicos e fornecendo-os ao TRE-SC;

10.1.20. exigir autorização somente para a realização de exames complementares em situações que envolvam procedimentos eletivos, cujas rotinas da empresa a ser contratada antecipadamente definam como dependentes de avaliação pericial e/ou de auditoria prévias;

10.1.21. não exigir, nos casos de urgência e emergência, autorização prévia para realização de qualquer exame ou procedimento;

10.1.22. garantir o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional, quando não houver acomodação hospitalar disponível na rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada, de acordo com o padrão de conforto escolhido pelo beneficiário;

10.1.23. garantir aos médicos do TRE-SC, independentemente de serem da rede própria, cooperada, credenciada, contratada ou referenciada, o direito à solicitação de exames complementares e a consequente aceitação pelos prestadores de serviço;

10.1.24. manter credenciados, durante a vigência do contrato, profissionais de todas as especialidades médicas e serviços de diagnósticos/tratamento compatíveis com a amplitude e abrangência do plano de saúde, mantendo, no mínimo, as condições apresentadas por ocasião da licitação, e, conforme as normas da ANS, se a Operadora não tiver prestador credenciado, o beneficiário poderá buscar atendimento médico particular e solicitar reembolso;

10.1.25. é vedado, em qualquer hipótese, exigir cheque-caução aos beneficiários pelos estabelecimentos próprios credenciados, contratados, cooperados ou referenciados da operadora, para realização de qualquer atendimento, exame, procedimento ou internação hospitalar. A empresa a ser contratada deverá orientar os serviços contratados/credenciados /referenciados/cooperados quanto a essa vedação e, em sendo a hipótese, fornecer imediatamente as autorizações aos prestadores de serviço;

10.1.26. disponibilizar aos beneficiários os serviços discriminados no presente termo, além de todos os outros arrolados na cobertura mínima da Resolução Normativa ANS 465/2021 e suas atualizações (pela ANS);

10.1.27. ressarcir o beneficiário das despesas efetuadas com a assistência à saúde, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo mercado, reembolsáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada; em casos de urgência ou emergência, quando, comprovadamente e por culpa da Contratada, não for possível a utilização de serviços próprios, contratados, credenciados, cooperados ou referenciados;

10.1.28. assegurar aos optantes do Plano de Cobertura Nacional a transferência do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer parte do território nacional, sempre que necessário e justificado pelo médico do paciente, sem quaisquer ônus adicionais;

10.1.29. autorizar a realização de exames laboratoriais e/ou procedimentos requeridos por profissionais não credenciados;

10.1.30. encaminhar mensalmente ao TRE-SC listagem atualizada dos beneficiários cadastrados, com as seguintes informações: nome e matrícula do titular e respectivos dependentes, data de nascimento e o plano em que estão inscritos;

10.1.31. disponibilizar mensalmente aos optantes do Plano com coparticipação, por meio eletrônico, o extrato de utilização do plano por especialidade e titular, além de relatório de eventos;

10.1.32. apresentar, mensalmente, a partir do 2º mês de vigência do contrato, relatórios mensais especificando o regime de contas apresentadas e liberadas, por titular e seus dependentes, com as respectivas totalizações, indicando o tipo de atendimento (consultas clínicas, consultas psiquiátricas, exames, internações etc.), além de relatório anual ao final do período;

10.1.33. disponibilizar ao TRE-SC um sistema informatizado que possibilite, via Internet, o encaminhamento da movimentação diária e mensal dos beneficiários, quais sejam: os formulários de inclusão, exclusão ou alteração cadastral;

10.1.34. indicar um profissional na qualidade de preposto, no Município de Florianópolis/SC, responsável pelos serviços contratados;

10.1.35. designar um responsável por todos os procedimentos relacionados à execução do contrato, inclusive quanto ao atendimento de todas as medidas necessárias ao bom andamento dos trabalhos, o qual deverá fornecer ao gestor do contrato um número de telefone celular para eventual contato emergencial;

10.1.36. providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pelo TRE-SC nos serviços contratados, responsabilizando-se pelos fatos advindos da ineficiência, morosidade e irregularidades praticadas por seus empregados e prepostos, exceto no que se refere a procedimentos médicos, em que prevalece a relação médico-paciente, e a responsabilidade de ambos;

10.1.37. resguardar o sigilo dos dados e documentos que lhe forem confiados para o desempenho dos serviços ora contratados, observando todas as regras atinentes à proteção de dados previstas no presente termo de referência;

10.1.38. demonstrar, durante toda a vigência do Contrato, a manutenção da qualidade na prestação dos serviços especificados neste termo de referência;

10.1.39. realizar as demais obrigações previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;

10.1.40. zelar pelo patrimônio público, bem como manter respeito para com os servidores, visitantes e funcionários de empresas que prestam serviços nas dependências do TRE-SC;

10.1.41. não ter em seu quadro societário cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, dos magistrados ocupantes de cargos de direção ou no exercício de funções administrativas, assim como de servidores ocupantes de cargos de direção, chefia e assessoramento vinculados direta ou indiretamente às unidades situadas na linha hierárquica da área encarregada da licitação (art. 2º, VI, da Resolução CNJ n. 7/2005);

10.1.42. não ter vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do Tribunal Regional Eleitoral de Santa Catarina, ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

10.1.43. não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato, sem prévia anuência do TRE-SC; e

10.1.44. manter durante a execução deste Contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Pregão n. 087/2023.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES E SEUS RECURSOS

11.1. A Contratada será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

- a) dar causa à inexecução parcial do contrato;
- b) dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c) dar causa à inexecução total do contrato;
- d) não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- e) ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;
- f) prestar declaração falsa durante a execução do contrato;
- g) praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- h) comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- i) praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;
- j) praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

11.2. Serão aplicadas ao responsável, pelas infrações administrativas previstas na subcláusula 11.1, as seguintes sanções:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) impedimento de licitar e contratar com a Administração;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública.

11.2.1. A sanção de advertência consiste em comunicação formal ao fornecedor que deu causa à inexecução parcial do contrato, conforme previsto na alínea “a” da subcláusula 11.1.

11.2.1.1. A advertência retira do fornecedor a condição de infrator primário, de modo que, em caso de reincidência, sanção mais severa poderá lhe ser aplicada, devendo ser observado o disposto na subcláusula 11.3.

11.2.2. A sanção de multa tem natureza pecuniária e poderá ser moratória ou compensatória, observados os seguintes termos:

a) o atraso injustificado na execução do objeto deste Termo de Referência sujeitará o contratado, a juízo da Administração, à multa moratória de 0,5% (zero vírgula cinco por cento), acrescidos de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento) ao dia, a partir do segundo dia de mora, sobre o valor da parcela em atraso, e sua aplicação não dispensa a contratada do cumprimento da obrigação inadimplida;

b) a inexecução parcial do objeto sem extinção contratual sujeitará o contratado, a juízo da Administração, à multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal estimado do contrato;

c) inexecução parcial do objeto com extinção contratual sujeitará o contratado, a juízo da Administração, à multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o resultado da multiplicação do valor estimado mensal pelo número de meses restantes para o encerramento da vigência do contrato, a contar do mês do inadimplemento;

d) a inexecução total do objeto com extinção contratual sujeitará o contratado, a juízo da Administração, à multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado total do contrato.

11.2.2.1. A pena de multa poderá ser aplicada cumulativamente com as demais sanções estabelecidas neste Edital.

11.2.2.2. Ultrapassados 30 (trinta) dias de mora, será avaliada a possibilidade de aplicação da conversão da multa de mora para a compensatória por inexecução contratual.

11.2.2.3. A multa poderá ser aplicada em dobro se o infrator for reincidente, ou seja, se tiver sido sancionado por este Tribunal após decisão transitada em julgado, observando-se o disposto na subcláusula 11.3.

11.2.2.4. A aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções previstas neste Edital.

11.2.2.5. A multa aplicada será:

a) retida cautelarmente dos pagamentos devidos pela Administração e recolhida em definitivo ao Erário, após o trânsito em julgado da decisão que a impôs;

b) descontada de eventuais faturas pendentes de pagamento;

c) paga pelo fornecedor por meio de GRU;

d) descontada do valor da garantia prestada; ou

e) cobrada judicialmente.

11.2.3. A sanção de impedimento de licitar e contratar com a União poderá ser aplicada pelas infrações previstas na subcláusula 11.1, “b” a “e”, pelos seguintes prazos, de acordo com a infração cometida:

a) dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo ou dar causa à inexecução total do contrato: Prazo - 6 (seis) meses;

b) deixar de entregar a documentação exigida para o certame: Prazo - 1 (um) mês;

c) não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado: Prazo - 2 (dois) meses;

d) não celebrar o contrato ou a ata de registro de preços ou não aceitar ou retirar a nota de empenho ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta: Prazo - 2 (dois) meses;

e) ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado: Prazo - 2 (dois) meses.

11.2.4. A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios poderá ser aplicada pelas infrações previstas na subcláusula 11.1, “f” a “j”, pelos seguintes prazos, de acordo com a infração cometida:

a) apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato: Prazo - 3 (três) anos;

b) fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato: Prazo - 4 (quatro) anos;

c) comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza: Prazo - 4 (quatro) anos;

d) praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação: Prazo - 5 (cinco) anos;

e) praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013: Prazo - 6 (seis) anos.

11.2.5. Na aplicação das sanções serão considerados:

a) a natureza e a gravidade da infração cometida;

b) as peculiaridades do caso concreto;

c) as circunstâncias agravantes ou atenuantes;

d) os danos que dela provierem para a Administração Pública;

e) a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

11.2.6. As sanções previstas nas subcláusulas 11.2.3 e 11.2.4 poderão ser majoradas em 10% (dez por cento) para cada agravante, até o limite legal, em razão de:

a) restar comprovado que o responsável pela infração administrativa tenha registro de penalidade aplicada no âmbito do TRE-SC, por prática de quaisquer das condutas tipificadas no presente Contrato, nos 12 (doze) meses que antecederam o fato em decorrência do qual será aplicada a penalidade;

b) restar comprovado que o infrator tenha sido desclassificado ou inabilitado por não atender às condições do edital, quando for notória a sua impossibilidade de atendimento ao estabelecido;

c) o licitante ou fornecedor participante da dispensa eletrônica não responder às diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo de contratação; ou

d) restar comprovado que o fornecedor tenha prestado declaração falsa de que é beneficiário do tratamento diferenciado concedido em legislação específica.

11.2.7. As penas previstas nas alíneas “b” a “e” da subcláusula 11.2.3 poderão ser reduzidas em 50% (cinquenta por cento), uma única vez, após a incidência das majorações previstas na subcláusula 11.2.6, quando não tenha havido nenhum dano à Administração, em decorrência de qualquer das seguintes atenuantes:

a) a conduta praticada tenha sido, desde que devidamente comprovada, decorrente de falha escusável do fornecedor;

b) a conduta praticada seja decorrente da apresentação de documentação que contenha vícios ou omissões para os quais não tenha contribuído, ou que não sejam de fácil identificação, desde que devidamente comprovado; ou

c) a conduta praticada seja decorrente da apresentação de documentação que não atendeu às exigências do edital, desde que reste evidenciado equívoco em seu encaminhamento.

11.2.8. Quando a ação ou omissão do responsável pela infração administrativa ensejar o enquadramento de concurso de condutas, aplicar-se-á a pena mais grave.

11.2.9. A aplicação das sanções previstas na subcláusula 11.2 não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

11.2.10. É admitida a reabilitação do licitante ou do contratado sancionado, exigidos, cumulativamente:

a) reparação integral do dano causado à Administração Pública;

b) pagamento da multa;

c) transcurso do prazo mínimo de 1 (um) ano da aplicação da penalidade, no caso de impedimento de licitar e contratar, ou de 3 (três) anos da aplicação da penalidade, no caso de declaração de inidoneidade;

d) cumprimento das condições de reabilitação definidas no ato punitivo;

e) análise jurídica prévia, com posicionamento conclusivo quanto ao cumprimento dos requisitos definidos neste artigo.

11.2.10.1. A sanção pelas infrações previstas nas alíneas “a” e “e” da subcláusula 11.2.4 exigirá, como condição de reabilitação do fornecedor sancionado, a implantação ou aperfeiçoamento de programa de integridade pelo responsável.

11.3. Restará afastada a reincidência após transcorrido 1 (um) ano entre a data do trânsito em julgado da decisão que aplicou a anterior penalidade ao infrator e a data da nova infração.

11.4. O responsável pela infração será intimado para apresentação de defesa e especificação de provas que pretenda produzir, no prazo de até 15 (quinze) dias úteis contados do recebimento da intimação.

11.4.1. Na hipótese de deferimento de pedido de produção de novas provas ou de juntada de provas julgadas indispensáveis pela autoridade competente ou pela Comissão de Apuração de Responsabilidade, o infrator poderá apresentar alegações finais no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

11.4.2. Serão indeferidas pela autoridade competente ou pela Comissão de Apuração de Responsabilidade, mediante decisão fundamentada, provas ilícitas, impertinentes, desnecessárias, protelatórias ou intempestivas.

11.5. A sanção estabelecida na subcláusula 11.2.4 é de competência do Presidente do TRE-SC.

11.6. Da aplicação das sanções previstas nas subcláusulas 11.2.1, 11.2.2 e 11.2.3 caberá recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

11.6.1. O recurso de que trata a subcláusula 11.6 será dirigido à autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

11.7. Da aplicação da sanção prevista na subcláusula 11.2.4 caberá apenas pedido de reconsideração, que deverá ser apresentado no prazo de 15 (quinze) dias úteis,

contado da data da intimação, e decidido no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do seu recebimento.

11.8. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA EXTINÇÃO

12.1. O contrato poderá ser extinto nos termos da Lei n. 14.133/2021.

12.2. Nos casos de extinção, previstos nos incisos I, II e IX art. 137 da Lei n. 14.133/2021, sujeita-se a empresa contratada ao pagamento de multa, nos termos das alíneas "b" ou "c" da subcláusula 11.2, sem prejuízo da possibilidade de aplicação das penalidades previstas nas subcláusulas 11.2.3 e 11.2.4, quando couber.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REAJUSTE

13.1. Os preços inicialmente contratados poderão ser reajustados após 1 (um) ano, com data-base vinculada à data do orçamento estimado (05/12/2023), utilizando-se, para o cálculo, o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado na ocasião, ou, na hipótese de extinção deste índice, utilizar-se-á o que venha a substituí-lo.

13.1.1. Independentemente da data de inscrição do beneficiário, o valor de sua contraprestação pecuniária será reajustado na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

13.2. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre as faixas etárias e/ou entre beneficiários-titulares, grupo familiar, dependentes econômicos ou pensionistas.

13.3. Os valores da Tabela de Referência de Coparticipação poderão ser reajustados anualmente. O reajuste será aplicado em conformidade com os percentuais médios negociados e pactuados entre Operadora de Saúde e os prestadores da rede assistencial, dentro dos parâmetros estabelecidos na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13.4. A Operadora de Saúde deverá comunicar à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS o percentual de reajuste aplicado à contraprestação pecuniária, em atendimento à regulamentação vigente.

13.5. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

13.5.1. Na presente contratação, o desequilíbrio será constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **75% (setenta e cinco por cento)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e a receita líquida do plano, apuradas no período de cálculo do reajuste.

$$\text{Sinistralidade} = (\text{Despesa Assistencial} - \text{Coparticipação} / \text{Receitas Líquida do Plano}) * 100$$

13.5.2. O reajuste será aplicado conforme variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA acumulado no período de vigência do contrato, somado ao Índice de Reajuste Técnico – IRT, quando a sinistralidade ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento).

13.5.2.1. Neste caso, o índice de reajuste será composto pela soma do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA e do Índice de Reajuste Técnico – IRT, expresso na seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = \text{IPCA} + \text{IRT}$$

13.5.2.2. O Índice de Reajuste Técnico – IRT é calculado com base na fórmula indicada abaixo:

$$\text{IRT} (\text{Sinistralidade} / 75\%) - 1 * 100$$

13.5.3. O Índice de Sinistralidade será apurado, com defasagem de 4 (quatro) meses em relação ao início do período de aplicação do reajuste.

13.5.4. Independentemente do número de beneficiários inscritos no contrato, se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA acumulado no período de análise for:

a) Igual a zero ou negativo, e a sinistralidade ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento), o percentual será negociado pelas partes, não podendo ser aplicado percentual inferior ao Índice de Reajuste Técnico – IRT; e.

b) Igual a zero ou negativo, e a sinistralidade for igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento), poderá ser negociado percentual entre as partes, que não será superior ao índice fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para os contratos de planos individuais/familiares.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

14.1. É vedada às partes a utilização, para finalidade distinta daquela do objeto da contratação, de todo e qualquer dado pessoal repassado em decorrência da execução contratual, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

14.2. As partes se comprometem a manter sigilo e confidencialidade de todas as informações – em especial dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis – repassados em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD), sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo se decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do instrumento contratual.

14.3. As partes responderão administrativa e judicialmente caso causem danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos aos titulares de dados pessoais repassados em decorrência da execução contratual, por inobservância à Lei Geral de Proteção de Dados.

14.4. Em atendimento ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, o Contratante, em razão da execução do serviço objeto deste Contrato, tem acesso a dados pessoais dos representantes e/ou empregados da Contratada, tais como número do CPF e do RG e endereços eletrônico e residencial, os quais receberão tratamento conforme a legislação, para o cumprimento das atribuições do Contratante.

14.5. A Contratada declara que tem ciência dos termos da Lei Geral de Proteção de Dados e se compromete a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação, com o intuito de proteger os dados pessoais repassados pelo Contratante.

14.6. A Contratada fica obrigada a comunicar ao Contratante, em até 24 (vinte e quatro) horas, qualquer incidente relacionado a acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da Lei Geral de Proteção de Dados.

14.7. A Contratada é responsável, no término do presente contrato, pela devolução dos dados ao Contratante ou pela sua eliminação, quando for o caso, não devendo armazená-los ou repassá-los a terceiros, salvo nas hipóteses de obrigação legal ou contratualmente previstas, devendo, em todo caso, observar os preceitos da Lei Geral de Proteção de Dados.

14.8. Quando for caso de eliminação dos dados, a Contratada deverá informar ao Contratante a realização do procedimento e a metodologia empregada, para confirmar a destinação das informações.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

15.1. Incumbirá ao Contratante providenciar, à sua conta, a publicação deste Contrato e de todos os Termos Aditivos a ele referentes, no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, no prazo previsto pela Lei n. 14.133/2021.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Para dirimir as questões oriundas do presente Contrato, será competente o Juízo Federal da Capital do Estado de Santa Catarina.

E, para firmeza, como prova de haverem, entre si, ajustado e contratado, depois de lido e achado conforme, é firmado o presente Contrato pelas partes abaixo, dele sendo extraídas as cópias necessárias para a sua publicação e execução.

Florianópolis, 5 de fevereiro de 2024.

CONTRATANTE:

GONSALO ANDRÉ AGOSTINI RIBEIRO
DIRETOR-GERAL

CONTRATADA:

GABRIEL GUSTAVO LONGO
SUPERINTENDENTE

HERMAN ALEX ZAPATA CONTRERAS
GERENTE DE MERCADO