



**SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO DISTRITO FEDERAL
SESC-AR/DF**

TERMO DE REFERÊNCIA

Março/2023

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. OBJETO | 3 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 3 |
| 3. PADRÕES DOS PLANOS | 4 |
| 4. COBERTURAS | 6 |
| 5. CARÊNCIAS | 7 |
| 6. DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO..... | 7 |
| 7. BENEFICIÁRIOS, DEPENDENTES E AGREGADOS | 10 |
| 8. SINISTRALIDADE | 11 |
| 9. DO ACOMPANHAMENTO..... | 11 |
| 10. DOS TRATAMENTOS EM CURSO | 12 |
| 11. CUSTEIO | 13 |
| 12. COPARTICIPAÇÃO..... | 13 |
| 13. REEMBOLSO | 15 |
| 14. REAJUSTE | 16 |
| 15. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA..... | 17 |
| 16. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE..... | 20 |
| 17. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS | 21 |
| 18. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA | 21 |
| 19. VIGÊNCIA DO CONTRATO..... | 22 |
| 20. PENALIDADES..... | 23 |
| 21. OBSERVAÇÕES..... | 24 |
| ANEXO I | 25 |
| ANEXO II | 26 |
| ANEXO III | 27 |

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

O objeto do presente Termo de referência é a contratação de operadoras especializadas em serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, tanto em caráter eletivo como urgências/emergências, independentemente do local de origem do evento, em hospitais, clínicas e prontos-socorros, em rede própria, credenciada ou referenciada para os empregados do SESC-AR/DF. As partes firmarão Contrato bilateral, regido pela Lei 9.656/1998 alterada pela Lei nº 14.454/2022, pelas normas gerais da Agência Nacional de Saúde, aplicando-se às relações contratuais, precipuamente, a Lei 10.406/2002 - Código Civil Brasileiro e, subsidiariamente, a Lei 8.078/1990 - Código de Defesa do Consumidor, no que for pertinente aos beneficiários como destinatários finais dos serviços.

O objeto deste Termo de Referência destina-se aos beneficiários, dependentes e agregados elencados no item 7 do presente documento.

Quaisquer redações neste Termo de referência e seus anexos que suprimam benefícios e/ou seus quantitativos de atendimentos devem ser desconsideradas quando confrontados com a legislação aplicável, prevalecendo aquelas mais benéficas ao beneficiário e ao Sesc-AR/DF. As coberturas detalhadas neste instrumento, e não contempladas pela legislação aplicável, deverão ser ofertadas pela licitante interessada na participação deste certame, eis que foram delineadas observando-se a necessidade do público-alvo.

A licitante deverá apresentar proposta comercial com preços para todas as faixas etárias, obedecendo os regramentos determinados pela Agência Nacional de Saúde, em moeda corrente nacional, englobando toda a população do Sesc-AR/DF informada neste Edital e seus anexos. Será declarada vencedora a licitante que apresentar o “menor preço” global.

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente o plano de saúde é reconhecido como um dos principais benefícios que uma empresa pode oferecer. É um fator diferencial na qualidade de vida dos trabalhadores, visto que proporciona acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde, propiciando as condições de saúde necessárias para o bom desenvolvimento das atividades laborais, aumento da produtividade e redução do absenteísmo.

Além disso, há no Acordo Coletivo de Trabalho firmado entre o Sesc-AR/DF e os Sindicatos vinculados (Sindaf, Sinproep e SO), a obrigatoriedade de oferecer

assistência médico-hospitalar aos empregados da instituição, fazendo-se necessária a contratação de empresa especializada para este fim.

3. PADRÕES DOS PLANOS

3.1. Os tipos de planos oferecidos pela Contratada deverão diferenciar-se entre si em função da abrangência do plano e do padrão de acomodação, tendo as seguintes características:

I) Plano Padrão 01:

- a) plano regional ou nacional;
- b) padrão de acomodação em enfermaria;
- c) reembolso para no mínimo consultas e terapias de 1 (uma) vez a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da empresa contratada. Não haverá reembolso quando utilizada a rede credenciada/referenciada;
- d) rede credenciada/referenciada de acordo com o subitem 3.2; e
- e) os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada, podendo-se adotar o disposto nas Resolução Normativa nº 259 revogada pela RN 566/2022 e 268-ANS revogada pela RN 566/2022.
- f) Remissão: garantia de que os dependentes tenham acesso aos serviços de saúde após a morte do titular do plano, sem a cobrança de mensalidade pelo prazo de 01 (um) ano.

II) Plano Padrão 02:

- a) plano regional ou nacional;
- b) padrão de acomodação em apartamento;
- c) reembolso para no mínimo consultas e terapias de 1 (uma) vez a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da empresa contratada. Não haverá reembolso quando utilizada a rede credenciada/referenciada;
- d) rede credenciada/referenciada de acordo com o subitem 3.2; e
- e) os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada, podendo-se adotar o disposto nas Resoluções Normativas nº 259/2011 e 268/2011, revogadas pela RN 566/2022 da ANS.

- f) Remissão: garantia de que os dependentes tenham acesso aos serviços de saúde após a morte do titular do plano, sem a cobrança de mensalidades, pelo prazo de 01 (um) ano.

III) Plano Padrão 03:

- a) plano nacional;
- b) padrão de acomodação em apartamento;
- c) reembolso para no mínimo consultas e terapias de 1 (uma) vez a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da empresa contratada. Não haverá reembolso quando utilizada a rede credenciada/referenciada;
- d) rede credenciada/referenciada de acordo com o subitem 3.2, e
- g) os atendimentos de urgência/emergência são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada, podendo-se adotar o disposto nas Resoluções Normativas nº 259/2011 e 268/2011, revogadas pela RN 566/2022 da ANS.
- e) Remissão: garantia de que os dependentes tenham acesso aos serviços de saúde após a morte do titular do plano, sem a cobrança de mensalidades, pelo prazo de 01 (um) ano.

3.2. Para o Plano Padrão 2, a empresa contratada deverá oferecer, no mínimo, rede credenciada/referenciada conforme a seguir:

- a) 02 (dois) centros hospitalares gerais, inclusive com atendimento em urgência/emergência no Plano Piloto, a escolha da empresa contratada;
- b) 01 (um) centro hospitalar geral, inclusive com atendimento em urgência/emergência em Ceilândia e Taguatinga;
- c) 01 (um) hospital de olhos, inclusive com emergência, à escolha da empresa contratada;
- d) rede credenciada/referenciada em exames laboratoriais com presença física no mínimo no Águas Claras, Brazlândia, Gama, Ceilândia, Guará, Planaltina, Plano Piloto, Samambaia e Sobradinho;
- e) 02 (dois) hospital geral de maternidade no Plano Piloto; e
- f) em relação à prestação de serviços de fisioterapias, a empresa contratada deverá oferecer, no mínimo, prestadores em Águas Claras, Ceilândia, Gama, Guará, Plano Piloto, Samambaia, Sobradinho, Taguatinga, Planaltina.

3.3. As Regiões Administrativas do Distrito Federal devem ser consideradas como área geográfica de abrangência de saúde homogênea e única. Portanto, são pertencentes à mesma área de atuação do produto, não podendo ser adotado o conceito de município limítrofe previsto nas RNs ANS nº 259 revogada pela RN 566/2022 e 268 revogada pela RN 566/2022.

3.4. No Distrito Federal, a empresa contratada deverá ofertar, obrigatoriamente, rede referenciada/credenciada para todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos no rol obrigatório da ANS e nos termos das especificações adicionais deste Termo de Referência.

3.5. Para efeito de rede assistencial credenciada/referenciada as regiões do Cruzeiro, Sudoeste, Lago Sul, Lago Norte, Asa Sul e Asa Norte poderão ser atendidas como áreas de abrangência pertencentes ao Plano Piloto ou Brasília, em virtude da proximidade geográfica e do público do SESC/DF.

3.6. Apesar de o critério de julgamento ser baseado no Plano Padrão 2, é obrigatória a apresentação de preços para todos os planos.

4. COBERTURAS

4.1. As coberturas relativas ao plano de assistência à saúde, prazos, condições, incluindo os casos de reembolsos obrigatórios, deverão atender a legislação vigente, em especial as normas da ANS.

4.2. As coberturas e serviços, em cada um dos tipos de planos, incluindo os casos de reembolsos, deverão abranger todas as coberturas previstas na Lei Federal nº 9.656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022, em regime ambulatorial e/ou hospitalar, com obstetrícia e neonatologia, suas emendas e complementos, cobrindo os custos de todas as despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no rol obrigatório da ANS vigente à época do evento e para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

4.3. Além da cobertura expressa no subitem anterior, e ainda que citados de forma adicional ou redundante, a proposta da licitante deverá prever cobertura para os seguintes casos:

- a) aos empregados titulares, ofertar o amparo dos diagnósticos decorrentes de acidentes do trabalho e doenças profissionais;
- b) garantir tratamentos em curso, já autorizados pela operadora atual, bem como de todos os exames e procedimentos necessários à sua continuidade; e

- c) Ofertar Home Care, desde que solicitado pelo médico assistente do(a) beneficiário(a), nos termos do parecer 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021-ANS.

5. CARÊNCIAS

5.1. Ficam isentos de carências os titulares e dependentes inscritos em até 30 (trinta) dias após o início de vigência do contrato de Plano de Saúde ou da sua vinculação à Contratante e desde que preencham os pré-requisitos do artigo 5º da Resolução Normativa ANS nº 557/2022.

5.2. Para todos aqueles beneficiários que já possuam elegibilidade de ingresso no início de vigência do contrato de Plano de Saúde, mas que aderirem ao contrato após o 30º (trigésimo) dia do início da vigência, serão aplicadas as seguintes carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, incluindo complicações gestacionais;
- b) até 30 (trinta) dias, no máximo, para consulta, exames simples, fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição;
- c) até 180 (cento e oitenta) dias, no máximo, para todos os demais procedimentos;
- d) 300 (trezentos) dias para parto; e
- e) 24 (vinte e quatro) meses para doenças e lesões pré-existentes.

5.3. A empresa contratada deverá fornecer, sem quaisquer ônus, profissional adequado para dirimir eventuais dúvidas dos beneficiários sobre eventuais carências aplicáveis.

5.4. Poderão ser incluídos dependentes no Plano de Saúde, após o início de vigência do respectivo contrato, sem cumprimento de carência, para os seguintes casos e desde que cumpridos os prazos assinalados:

- a) nascituros: até 30 (trinta) dias data do nascimento;
- b) cônjuge: até 30 (trinta) dias da data do casamento ou da data de vigência da escritura de união estável; e
- c) filhos adotivos até 24 anos: até 30 (trinta) dias da data da sentença que homologou a adoção, aproveitando-se as carências já cumpridas pelo adotante.

6. DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

6.1. A empresa contratada deverá:

- a) possuir rede de atendimento credenciada/referenciada para consultas eletivas

e internação hospitalar em todas as especialidades no Distrito Federal, comprovando-as antes da assinatura do contrato, conforme definido para cada tipo de plano.

- b) manter os dependentes e agregados já incluídos no plano vigente, todos obrigatoriamente sob o conceito de **faixa etária**.
- c) garantir a transferência de empregados para apólice de inativos, seja por motivo de aposentadoria ou cessação do vínculo empregatício sem justa causa, desde o início e durante toda a vigência contratual, de acordo com o período de contribuição do ex-empregado nos termos da RN ANS 279/2011 revogada pela RN 488/2022 e dos artigos 30 e 31 da Lei Federal nº 9.656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022. Neste caso, a cobrança será feita diretamente ao beneficiário titular.

6.2. Deverá ser disponibilizado meio eletrônico para movimentação cadastral via internet (inclusão, exclusão, alteração) e para acompanhamento das faturas e acesso aos relatórios de sinistralidade.

6.3. A partir da data de assinatura do contrato, a empresa contratada terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a implantação do serviço de assistência médica, considerando a emissão de cédula de identificação e disponibilização de publicação com rede credenciada. Fica determinado que a utilização do plano por parte dos beneficiários será iniciada a partir do primeiro dia útil seguinte à implantação do plano. Assim, a empresa contratada não fará *jus* a remuneração do período de implantação.

6.4. A contratada deverá disponibilizar ao(s) beneficiários(as), carteira de identificação em versão digital, com reconhecimento e aceitação em toda a sua rede assistencial contratada, por meio de seus canais digitais e de aplicativo eletrônico. Quando solicitada pelo beneficiário, a empresa deverá disponibilizar a carteira física para o beneficiário e seus dependentes.

6.4.1. No período de implantação, a empresa contratada poderá disponibilizar aos beneficiários, carteira de identificação em versão digital, com reconhecimento e aceitação em toda a sua rede assistencial contratada, por meio de seus canais digitais e de aplicativo eletrônico. Quando solicitado pelo beneficiário, a empresa contratada deverá disponibilizar a carteira física para o beneficiário solicitante e seus dependentes.

6.4.2. É vedada a cobrança de quaisquer taxas para implantação do plano de saúde contratado.

6.5. Todas as negativas de autorizações deverão ser comunicadas formalmente aos beneficiários, mediante solicitação e acompanhadas de justificativa detalhada e em linguagem clara, nos termos da RN ANS 395/2016.

6.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da empresa contratada, de acordo com o plano por ele subscrito, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à empresa contratada efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

6.7. A empresa contratada poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme preconiza a ANS, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus beneficiários.

6.8. A empresa contratada reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei Federal nº 9.656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022, mediante comunicação.

6.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor, conforme as normas estabelecidas pela ANS.

6.10. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da empresa contratada durante período de internação de beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas à internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias. Em todas as situações, a empresa contratada providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.

6.11. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, com acesso direto dos beneficiários à rede credenciada/referenciada.

6.12. A empresa contratada deverá disponibilizar, no seu site e/ou em aplicativo, a relação completa da rede de atendimento para os planos contratados.

6.13. Não será permitida a exigência de consulta prévia com enfermeiro ou médico da família ou quaisquer outros prestadores que limitem o acesso do beneficiário a quaisquer serviços previstos no plano de saúde como pré-requisito para autorização de consultas com especialistas ou realização de exames.

6.14. Independentemente da supressão ou aumento do número de vidas, quaisquer revisões ou reajuste ou qualquer outra forma de modificação positiva dos valores cobrados somente poderão ocorrer no aniversário do contrato, exceto nos casos de

mudança de faixa etária de dependente ou agregado.

6.15. Caso seja demonstrado e verificado que o serviço não está sendo realizado a contento, o Sesc-AR/DF poderá aplicar as penalidades previstas no artigo 31, Resolução Sesc nº 1.252/2012, ou, ainda, rescindir motivadamente o contrato a qualquer tempo, sem aplicação de multas por parte da empresa contratada, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, garantidos a ampla defesa e o contraditório.

7. BENEFICIÁRIOS, DEPENDENTES E AGREGADOS

7.1. Poderão ingressar nos planos todos os beneficiários elegíveis nos termos da Lei Federal nº 9.656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022 e da RN ANS 557/2022, sem limite de idade, conforme a seguir:

| TITULARES | DEPENDENTES | AGREGADOS |
|----------------|--|--|
| Empregados(as) | <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuges • Filhos naturais ou adotivos e enteados (mediante comprovação), solteiros, até 21 (vinte e um) anos incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se estudantes; • Filhos inválidos, sem limite de idade; • Companheiros (as), desde que apresentem a escritura pública; • Menores de idade tutelado ou sob guarda, por sentença judicial; • Aposentados (as), desde que oriundo de plano anterior, nos termos da Lei Federal nº 9656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022; e • Ex-empregados (as), desligados sem justa causa, desde que solicitada a manutenção da condição em até 30 (trinta) dias após a cessação do vínculo empregatício com o Contratante. Deverá ser admitida a inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado (a), demitido sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário, desde que requisitada a inclusão no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data do evento. | <p>Agregados já existentes: pais e/ou mães, irmãos, filhos maiores de 24 anos e neto, desde que oriundo de plano anterior, que serão cadastrados no mesmo plano do titular, ressaltando-se que, após o início do contrato do novo Plano de Saúde, não serão aceitas novas inclusões de agregados para esta categoria além das existentes, mesmo aqueles ligados aos novos empregados</p> |

7.2. Mensalmente, serão disponibilizados relatórios de gestão com os dados de utilização dos beneficiários, que deverão ser encaminhados ao médico indicado pelo Sesc-AR/DF quando necessitar de confidencialidade, conforme condições e termos de responsabilidade e sigilo definido pela empresa contratada. Os outros relatórios de gestão deverão ser encaminhados à equipe da Coordenação de Gestão de Pessoas – Cogep.

7.3. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos termos

constantes neste Termo de Referência.

7.4. Somente o beneficiário titular poderá solicitar a inclusão ou exclusão de beneficiários: quando ativos, por intermédio da Cogep; quando inativos, diretamente com a empresa contratada, observadas as disposições da RN ANS 412/2016.

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

7.6. As inclusões de beneficiários ocorrerão durante o mês, com cobrança do valor sob o regime *pro rata* na fatura posterior.

7.7. As exclusões deverão obedecer ao regime de dedução *pro rata*, sendo os valores referentes às diferenças creditadas na fatura do mês seguinte a exclusão.

7.8. Os novos empregados vinculados ao Sesc-AR/DF, bem como seus respectivos dependentes, poderão aderir ao plano de saúde no prazo de até 30 (trinta) dias, com isenção de carências. Após este prazo, estarão sujeitos às carências previstas no item 5.

7.9. Não é possível informar se há demitidos, agregados, aposentados ou dependentes residentes fora do Distrito Federal.

7.10. A absoluta maioria dos titulares ativos residem no Distrito Federal (93%) e há pouquíssimos residentes na região do Entorno (7%).

7.11. Atualmente, há somente um titular amparado por liminar ou sentença judicial.

7.12. A planilha da distribuição de vidas ativas encontra-se no anexo I deste Termo de Referência.

8. SINISTRALIDADE

8.1. A Tabela de Sinistralidade (anexo II deste Termo de Referência) corresponde ao período de 9 (nove) meses, entre novembro de 2021 e julho de 2022 pela operadora Medhealth. E de agosto/22 a fevereiro/23 que corresponde a operadora Smile.

9. DO ACOMPANHAMENTO

9.1. O Sesc-AR/DF deverá receber informações ou ter acesso direto aos relatórios de utilização do Plano de Saúde, por profissionais adequados a receber tais informações respeitando a lei de sigilo de dados e ética médica. A Contratada deverá designar os responsáveis em sua equipe de pós-venda ou área de relacionamento para apresentação de dados referentes a casos complexos e de alto custo, bem como esclarecimentos de divergências e questionamentos relativos à conduta e encaminhamentos no atendimento aos beneficiários.

9.2. Todos os dados relativos ao sigilo médico, assim como senha de acesso a estes

dados, quando couber, deverão ser fornecidos exclusivamente aos profissionais designados pelo Sesc-AR/DF.

9.3. Para a fiscalização e administração dos serviços, a Contratada deverá disponibilizar acesso ao banco de dados, contendo dados cadastrais dos beneficiários e possibilitando a obtenção de relatórios parametrizados em planilhas eletrônicas que possibilitem o acompanhamento da evolução dos custos e utilização da rede credenciada da Contratada.

9.4. O Sesc-AR/DF poderá realizar auditoria financeira para acompanhamento da sinistralidade, quando houver desequilíbrio econômico, ficando a Contratada obrigada a apresentar todos os documentos comprobatórios e relatórios de faturamento dos prestadores de serviços e comprovantes de pagamentos relacionados a este contrato.

10. DOS TRATAMENTOS EM CURSO

10.1. Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do contrato, que vinham sendo realizados por meio do Plano de Saúde contratado anteriormente, inclusive aqueles que tenham sido autorizados por sentença judicial. Na hipótese dos beneficiários em tratamento prolongado, se estes estiverem em recursos médicos ou hospitalares não cobertos pela Contratada, poderão ser redirecionados aos centros de atendimento especializados com a cobertura do novo Plano de Saúde.

10.2. Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do contrato, em hospital sem cobertura no novo plano saúde contratado, deverão ser transferidos para hospital da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção inter-hospitalar, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste no contrato vigente. Nas hipóteses de autorização de transporte pelo médico assistente, devidamente justificadas, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, o Sesc-AR/DF e a empresa contratada não se responsabilizarão pelas respectivas despesas.

10.3. Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de implantação do novo plano saúde contratado, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo hospital/clínica no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados pela empresa contratada.

10.4. Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de *home care*, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, a depender da evolução do paciente, e desde que com a devida indicação médica,

podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços.

10.5. Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 (trinta e seis) semanas do início da vigência do contrato, com o mesmo médico assistente, se este aceitar negociação com a Contratada e se esta for a opção da gestante.

10.6. Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso (ex. ciclos de quimioterapia), deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo serviço, permitindo-se o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados da Contratada.

10.7. Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados da empresa contratada.

11. CUSTEIO

11.1. Para as mensalidades dos titulares, o Sesc-AR/DF adotará tabela de custeio parcialmente contributário, no modelo de custo médio, conforme norma específica.

11.2. As mensalidades dos empregados ativos, dependentes e agregados serão repassadas integralmente pelo Sesc-AR/DF para a empresa contratada.

11.3. No caso de aposentados e demitidos, sejam eles titulares, dependentes ou agregados, a cobrança de mensalidade dar-se-á pela empresa contratada.

11.4. O custeio das mensalidades dos titulares do plano de saúde por parte do Sesc-AR/DF será parcialmente contributário, variando entre 70% (setenta por cento) e 55% (cinquenta e cinco por cento) de subsídio, de acordo com a remuneração do empregado.

11.5. O custeio das mensalidades dos dependentes dos titulares ativos do plano de saúde por parte do Sesc-AR/DF será parcialmente contributário, com subsídio de 40% (quarenta por cento), limitado a até 2 (dois) dependentes por titular (até 24 anos, filhos, netos e cônjuges).

11.6. As mensalidades dos agregados serão 100% (cem por cento) custeadas pelos respectivos empregados titulares, onde o Sesc-AR/DF será o responsável financeiro pelo pagamento, efetuando o desconto posterior junto ao respectivo titular.

12. COPARTICIPAÇÃO

12.1. Os valores de coparticipação serão aplicados conforme limites abaixo definidos:

| EVENTO | PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO |
|--|-------------------------------------|
| Consultas eletivas | 10% (dez por cento) |
| Consulta pronto socorro | 20% (vinte por cento) |
| Exames Básicos, Exames Especiais, Ambulatoriais Especiais e Terapias | 10% (dez por cento) |

12.2. Para os beneficiários do Plano Padrão 01, Plano Padrão 02, o limite máximo mensal de desconto, considerando-se o montante de todas as coparticipações aplicáveis, para todos os casos previstos neste item, está limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por beneficiário/mês, e para o plano 03 será de 300,00 (trezentos reais) por beneficiário/mês, exaurindo-se o total dentro do mês, vedada a cumulatividade de saldo residual de determinado mês para desconto nos meses posteriores.

12.3. Não poderá incidir coparticipação para os seguintes casos:

- a) Internação hospitalar;
- b) Câncer, incluindo os exames e procedimentos para tratamento, tais como quimioterapia, radioterapia, medicação ambulatorial e hospitalar, exames de marcadores tumorais, exames anatomopatológicos, *petscan*, cintilografias, raios X, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CIDs correlacionados a esta doença;
- c) Diálises e hemodiálises, incluindo os exames, medicações e procedimentos, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CIDs correlacionados a esta doença;
- d) Tratamento de cardiopatia terminal, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- e) Acidente Vascular Isquêmico Grave e incapacitante, assim definido por relatório do médico assistente, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- f) Esclerose múltipla, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CIDs correlacionados a esta doença;
- g) *Home care*, incluindo os exames, medicações e procedimentos para tratamento;
- h) Alzheimer, AIDS, Doença de Paget (osteíte deformante), Doença de Parkinson, Doenças autoimunes crônicas incuráveis, assim determinadas pelo médico assistente, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CIDs correlacionados a esta doença.

12.4. É vedada a aplicação de quaisquer outros mecanismos de regulação, sem o prévio consentimento do Sesc-AR/DF.

12.5. Toda a receita de coparticipação entrará como componente do custeio do plano de saúde, sendo um valor monetário a mais, além das mensalidades regulares. A empresa contratada deverá demonstrar, para conferência do beneficiário, os valores de coparticipação através de acesso ao site ou aplicativo da operadora.

12.6. O total da coparticipação, quando do reajuste, será demonstrado assim como o total das mensalidades para o cálculo da sinistralidade dos últimos 12 (doze) meses.

13. REEMBOLSO

13.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não houver rede contratada ou credenciada pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

- a) serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento, ressalvado o disposto nos subitens 3.3, 3.4 e 3,5;
- b) Se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento, ressalvado o disposto nos subitens 3.3 e 3.4; e
- c) Quando houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

13.2. Quando na assinatura do contrato deverá ser apresentada Tabela de Referência de reembolso, última versão, quando respectivamente utilizadas para a remuneração comprovada e auditável dos prestadores, obviamente adaptada para atendimento da Lei Federal nº 9656/1998 alterada pela Lei n. 14.454/2022, suas emendas e complementos. A Tabela será referência para reembolso em observância ao tipo de plano, conforme item 3.1.

13.3. O pagamento do reembolso será efetuado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos, em via original, elencados:

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

- b) Recibos de pagamento dos honorários profissionais, com nome do profissional, endereço, especialidade, CRM, CPF, telefone e especificação do procedimento realizado;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

14. REAJUSTE

14.1. Os valores propostos deverão ser irrealizáveis pelo período de 12 (doze) meses, exceto quando decorrente da mudança de faixa etária dos dependentes e agregados, conforme preços estabelecidos na proposta da licitante.

14.2. Após o interregno mínimo de 12 (doze) meses da assinatura do contrato, os valores poderão ser reajustados com base na livre negociação, terá como parâmetro a sinistralidade prevista no subitem 14.7 e conforme disposto na RN ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, revogada pela RN nº 557/2022.

14.3. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico do contrato.

14.4. Os valores máximos de coparticipação fixados em moeda corrente são irrealizáveis pelo período de 12 (doze) meses. Após esse período, em caso de prorrogação da vigência contratual, os mesmos poderão ser reajustados no mesmo percentual aplicado ao valor das mensalidades.

14.5. Independente da data de inclusão de novos beneficiários, os valores das suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato, a qual será considerada data base única.

14.6. Caso haja manifestação formal para renovação do contrato, a Contratada deverá apresentar relatórios de sinistralidade.

14.7. O ponto de equilíbrio do contrato será de 75% (setenta e cinco por cento), sendo que a apuração da sinistralidade dar-se-á a cada 12 (doze) meses.

14.8. A análise da sinistralidade informada pela Contratada poderá ser auditada por equipe médica indicada pelo Sesc-AR/DF.

14.9. O reajuste por faixa etária, no caso de titulares, dependentes e agregados, dar-se-á no mês subsequente ao aniversário do beneficiário que atinja a idade limite de cada faixa etária. Assim, automaticamente serão inseridos na faixa seguinte, prevalecendo, por consequência, a mensalidade da respectiva faixa etária.

15. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1. Prestar os serviços de assistência à saúde, em âmbito regional ou nacional, nos termos deste Termo de Referência, por meio de rede credenciada ou referenciada.

15.2. Responsabilizar-se integralmente pelo objeto contratado, nas quantidades e padrões estabelecidos, vindo a responder pelos danos causados diretamente à contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, nos termos da legislação vigente, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

15.3. Garantir atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, em âmbito nacional, de livre escolha do beneficiário, 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

15.4. Garantir coberturas especificadas neste documento e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e Associação Médica - AMB e as que venham a ser incorporadas, vigentes à época do evento.

15.5. Fornecer aos beneficiários, titulares e dependentes os cartões ou carteiras de identificação (em meio físico ou eletrônico), sem ônus, no prazo máximo de até 15 (quinze) dias consecutivos contados da data de assinatura do instrumento contratual, ou de novas adesões, com validade nacional, constando o plano a que pertence, cuja apresentação, acompanhada do documento de identidade, assegurará aos beneficiários os direitos e vantagens deste contrato. Em caso de roubo ou extravio do cartão de identificação, o Sesc-AR/DF se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados após a comunicação do evento à empresa contratada.

15.6. Disponibilizar para entrega à contratante ou ao próprio beneficiário, devidamente identificado, a segunda via do cartão de atendimento, caso seja em meio físico, sem qualquer ônus adicional, em caso de perda, roubo ou retificação ou desmagnetização do cartão do beneficiário.

15.7. Apresentar, junto com a proposta de preços, o seu número de Registro e Autorização de Funcionamento junto à ANS para comprovar que pode comercializar planos ou seguros de saúde, bem como o número de registro junto à ANS do produto a ser oferecido.

15.8. Apresentar, no ato da assinatura do contrato, relação da rede credenciada, o rol de procedimentos das especialidades cobertas, garantindo a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, o rol de procedimentos que exigem prévia autorização, listagem com os valores, em reais, de reembolso dos procedimentos indicados no item nº 4.2, todos em meio eletrônico, e, também, a garantia para execução dos serviços objeto dessa nota técnica.

15.9. Proceder, sempre que necessário, a atualização da relação de credenciados, devendo constar os novos credenciamentos, os descredenciamentos e as mudanças de endereços de médicos, clínicas e demais serviços de saúde nos termos da RN 365/2014.

15.10. Proceder a inclusão ou exclusão de beneficiário a partir da comunicação da Coordenação de Gestão de Pessoas – Cogep até o dia 20 de cada mês, sendo que nos casos de exclusão não caberá qualquer responsabilidade do Sesc-AR/DF por uso indevido do plano após a comunicação.

15.11. Após a assinatura do contrato, a empresa contratada deverá manter escritório para atendimento na cidade de Brasília/DF, com poderes de decisão para, em nome da contratada, resolver problemas administrativos dos usuários referentes a autorizações de exames, internações, cirurgias, tratamentos complementares, reembolsos, credenciar profissionais e empresas do ramo e dirimir quaisquer dúvidas que porventura venham a ocorrer. Tal necessidade se dá em virtude de a empresa contratada enviar, imediatamente ao Sesc-AR/DF, sempre que solicitado, funcionário autorizado para resolver possíveis irregularidades identificadas.

15.12. Manter atendimento 24 (vinte quatro) horas via linha telefônica gratuita (0800) para atendimento aos beneficiários.

15.13. Informar o valor do reembolso ao beneficiário, por seu escritório ou pelo telefone gratuito, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após protocolado o pedido de reembolso pelo usuário, e creditar, em conta corrente do titular ou do dependente, os valores decorrentes de reembolso, nos prazos definidos no item 13 contados da apresentação dos documentos necessários pelo titular ou beneficiário.

15.14. Facilitar o pleno exercício da fiscalização, atendendo às solicitações e fornecendo, a qualquer momento, todas as informações de interesse do Sesc-AR/DF pertinentes ao objeto do contrato, sob pena de aplicação das sanções administrativas.

15.15. Disponibilizar periodicamente ou quando solicitados pelo Sesc-AR/DF, relatórios gerenciais contendo informações sobre receitas, despesas, sinistralidade, distribuição da massa por faixa etária, entre outros.

15.16. Fornecer gratuitamente aos titulares, por ocasião da implantação ou quando de novas adesões, o Manual do Usuário, que poderá ser disponível em meio físico ou eletrônico e Manual de Rede Credenciada e Referenciada, também em meio físico ou eletrônico, constando relação atualizada dos profissionais, serviços de hospitais, incluindo seus respectivos endereços, telefones e especialidades.

15.17. Assumir inteiramente responsabilidade civil e criminal por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados pela empresa contratada aos beneficiários

do serviço a ser contratado, inclusive pelo sigilo das informações a que tiver acesso em decorrência da prestação de serviços.

15.18. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral.

15.19. Garantir a remoção do usuário internado, durante 24 (vinte e quatro) horas, de acordo com a solicitação do médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional, utilizando, para tanto, veículo equipado com recursos técnicos que garantam a segurança e o conforto ao beneficiário (ambulância ou UTI móvel), conforme disposições da Lei 9.656-98, Resolução Normativa Nº 390/2022, e eventuais alterações pertinentes a matéria, alterada pela Lei 14.454/2022.

15.20. Responsabilizar-se por todas as despesas diretas ou indiretas, tais como: salários, transportes, encargos sociais, fiscais, trabalhistas e previdenciários, e de órgão de classe, indenizações e quaisquer outras que forem devidas aos seus empregados no desempenho dos serviços objeto do contrato, ficando o Sesc-AR/DF isento de qualquer vínculo empregatício com eles.

15.21. Executar os serviços ofertados sempre por meio de médicos e/ou estabelecimentos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina – CRM, com reputação ilibada e idoneidade reconhecida.

15.22. Manter rede credenciada ou referenciada, bem como substituir o profissional e/ou estabelecimento eventualmente descredenciado, por outro com qualidade igual ou superior àquele.

15.23. Garantir aos beneficiários que tenham contribuído quando do desligamento por motivo de demissão sem justa causa ou aposentadoria, neste último caso quando a contribuição tenha sido por mais de 10 (dez) anos com o plano, o direito de manter sua condição de beneficiário em plano similar, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da existência do vínculo de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades e mediante negociação com a empresa contratada, na forma do art. 31, da Lei 9656/1998 alterada pela Lei nº 14.454/2022 e disposições da RN 279 revogada pela RN 488/2022 da ANS.

15.24. Disponibilizar sistema eletrônico ou outra ferramenta adequada para envio da movimentação do mês (inclusões e exclusões).

15.25. Receber a movimentação ocorrida durante a competência até o dia 20 (vinte) de cada mês e encaminhar fatura para pagamento até o 10º (décimo) dia útil ao mês subsequente com o mínimo de 5 (cinco) dias úteis da data de pagamento, na modalidade pré-pagamento.

15.26. Atender aos normativos legais com relação ao fornecimento dos serviços e em especial as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

15.27. Prestar serviços de forma contínua, não sendo admitida interrupção de qualquer natureza.

15.28. Manter-se, durante o período de vigência do contrato, em dia com as obrigações trabalhistas, regularidade fiscal, bem como todas as condições, habilitações e qualificações exigidas no processo de contratação.

15.29. De acordo com a legislação vigente, o Contrato poderá sofrer acréscimos e reduções, de acordo com a necessidade do Sesc-AR/DF, de até o limite de 25% (vinte e cinco por cento), nas mesmas condições contratadas. Caso acordado entre as partes, as reduções poderão ultrapassar esse limite.

15.30. Comunicar ao Gestor do Contrato no Sesc-AR/DF, de forma detalhada, sobre qualquer eventualidade ou ocorrência, que possa vir a prejudicar a execução do objeto deste contrato;

15.31. Manter sigilo sobre todo e qualquer assunto de interesse do Sesc-AR/DF ou de terceiros ou de que tomar conhecimento em razão da contratação, devendo orientar seus empregados, colaboradores, prestadores de serviços e/ou subcontratados nesse sentido, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, conforme o caso.

15.32. Observar rigorosamente todas as condições previstas nesta nota técnica e em outras obrigações previstas no contrato, inclusive comunicar à contratante, por escrito, qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos necessários.

15.33. É vedada a aplicação de quaisquer mecanismos de regulação, sem o prévio consentimento do SESC-AR/DF.

15.34. As partes deverão cumprir rigorosamente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – 13.709/2018;

16. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

16.1. Acompanhar, fiscalizar e avaliar o cumprimento do objeto deste contrato.

16.2. Fazer constar expressamente da ficha cadastral, fornecida pela empresa contratada, todas as informações solicitadas e, principalmente, os nomes e qualificações dos beneficiários.

16.3. Enviar à empresa contratada movimentação cadastral até o dia 20 (vinte) de cada mês, com vigência prevista para o 10 (primeiro) dia do mês subsequente, as eventuais

inclusões, exclusões, retificação de dados cadastrais, ou quaisquer pedidos que se fizerem necessários.

16.4. Comunicar ou registrar em meio eletrônico disponibilizado pela operadora, a exclusão de beneficiários e recolher a carteira de identificação, não cabendo qualquer responsabilização por uso indevido do plano, depois da comunicação ou do registro.

16.5. Proceder ao pagamento no prazo estabelecido nas condições e preços pactuados no contrato.

16.6. Comunicar imediatamente à empresa contratada a perda ou extravio de quaisquer documentos relacionados ao contrato.

16.7. Notificar por escrito à empresa contratada quaisquer irregularidades, fato extraordinário ou anormal que ocorrer na execução do contrato, bem como imperfeições e falhas constadas no objeto pactuado, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

16.8. Fornecer à empresa contratada todas as informações relacionadas aos beneficiários que participarão do plano contratado.

16.9. Solicitar a presença imediata de responsável ou preposto indicado pela empresa contratada para a tomada de providências cabíveis à correção de possíveis irregularidades identificadas.

16.10. Fornecer à empresa contratada todas as informações, esclarecimentos, documentos e condições necessárias ao pleno fornecimento dos serviços.

16.11. Cumprir os prazos e demais obrigações conforme pactuado em contrato.

17. CRITÉRIO DE JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

17.1. O julgamento das propostas obedecerá ao critério de Menor Preço Global para o Plano Padrão 02, considerando-se o período de 12 (doze) meses, já tendo sido incluído neste preço global todos os custos, a exemplo: taxas, impostos, custo administrativo, lucro etc.

17.2. A tabela de preço a ser apresentada deverá levar em consideração a **faixa etária** dos beneficiários, seja titular ou dependente.

17.3. A apresentação de tabela de preços para o Plano Padrão 01 e Plano 03 é obrigatória, uma vez que os planos serão ofertados facultativamente para todos os beneficiários elegíveis, conforme disposto neste Termo de Referência e que livremente poderão aderir a quaisquer planos ofertados.

17.4. Juntamente à proposta, deverá ser apresentada Planilha de Formação de Custos.

18. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

18.1. Para habilitar-se à licitação, a interessada deverá apresentar a seguinte documentação:

- a) comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento, bem como autorização para operar Planos de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- b) comprovante da classificação mais recente quanto ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) igual ou superior a 0.6, para planos descritos neste instrumento ou semelhantes (será aceita a comprovação documental oficial da classificação ou pesquisa na página da ANS referente aos critérios adotados a partir do ano/base 2021)
- c) atestado(s) de capacidade técnica, emitido(s) por entidade(s) pública(s) ou privada(s), compatível(is) com o objeto deste Termo de Referência, contendo as seguintes informações:
 - c.1) nome ou razão social, CNPJ e endereço completo do emitente;
 - c.2) data da emissão do atestado;
 - c.3) assinatura e identificação do signatário (exemplos: nome, telefone, cargo e função que exerce junto à empresa emitente);
 - c.4) descrição do objeto fornecido, compatível com o objeto desta licitação;

18.2. Será admitida a soma de atestados para efeito de comprovação da quantidade requerida de números de vidas, desde que relativos a períodos simultâneos e expedidos após a conclusão do contrato ou decorrido, pelo menos, um ano do início da execução.

18.2.1. A limitação temporal requerida no subitem anterior faz-se necessária, uma vez que a comprovação de experiência anterior deve indicar a aptidão atual para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto pretendido.

18.3. A regularidade fiscal e trabalhista consistirá:

- a) Na prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica;
- b) Na prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com objeto contratual;
- c) Na prova de regularidade para com as Fazenda Federal, Estadual e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei.

19. VIGÊNCIA DO CONTRATO

19.1. A vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua

assinatura, podendo ser prorrogada, de comum acordo, por períodos iguais e sucessivos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o art. 26, §1º do Anexo I da Resolução nº. Sesc 1.252/2012, desde que as partes se manifestem por escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias do seu término.

19.2. O Contrato poderá ser prorrogado, além do prazo estipulado no subitem anterior, até o limite máximo de 120 (cento e vinte) meses, conforme o art. 26, §2º da Resolução nº. Sesc 1.252/2012.

20. PENALIDADES

20.1. Em caso de inexecução total, parcial, ou qualquer outra inadimplência, sem motivo de força maior, a licitante contratada estará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, no que couber, garantida a prévia defesa, às penalidades previstas na legislação aplicável, para as seguintes hipóteses:

I) por atraso injustificado:

a) multa de 1% (um por cento) ao dia de atraso, até o 15º (décimo quinto) dia, incidente sobre o valor do Contrato, limitado esse percentual a 10% (dez por cento); e

b) multa de 1,5% (um vírgula cinco por cento) ao dia de atraso, a partir do 16º (décimo sexto) dia, incidente sobre o valor do Contrato, sem prejuízo da rescisão deste a partir do 30º (trigésimo) dia de atraso.

II) por inexecução total ou parcial do Contrato:

a) advertência;

b) multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do Contrato; e

c) suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com o Sesc-AR/DF, por um prazo de até 2 (dois) anos, inclusive quando recusar-se a assinar o Contrato, não mantiver a Proposta Financeira apresentada no certame, apresentar declaração ou documentos falsos ou por reincidência de penalidade aplicada anteriormente.

20.2. As multas estabelecidas neste item são independentes e terão aplicação cumulativa e consecutivamente, de acordo com as normas que regem a licitação, mas somente serão definitivas depois de exaurida a fase de defesa prévia da adjudicatária.

20.3. Quando não pagos em dinheiro pela adjudicatária, os valores das multas eventualmente aplicadas serão deduzidos pelo Sesc-AR/DF dos pagamentos devidos

e, quando for o caso, cobrado judicialmente.

20.4. Quando se tratar de inexecução parcial, o valor da multa deverá ser proporcional ao valor do serviço que deixou de ser prestado.

20.5. Caso haja a recusa injustificada em assinar o Contrato no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data da convocação, caracterizar-se-á o descumprimento total da obrigação assumida e a empresa estará sujeita às penalidades previstas no inciso II do subitem 20.1.

20.5.1. O prazo de convocação para assinatura do Contrato poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela adjudicatária, durante o seu transcurso, desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Sesc-AR/DF.

20.6. Em caso de reincidência por atraso injustificado, será a adjudicatária penalizada nos termos do art. 32, Anexo I, da Resolução Sesc nº. 1.252/2012.

21. OBSERVAÇÕES

- Informamos que o SESC-AR/DF não tem **exclusividade** com nenhum corretor de plano de saúde.
- Não serão admitidas subcontratações do objeto deste Termo de Referência.

ANEXO I

Dados de Grupos Ativos - Estimados

| Faixa etária | Feminino | Masculino | Titular | | Dependente | | Total |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | |
| 0-18 | 221 | 169 | 0 | 0 | 221 | 169 | 390 |
| 19-23 | 86 | 79 | 2 | 1 | 85 | 78 | 165 |
| 24-28 | 53 | 68 | 24 | 31 | 28 | 37 | 120 |
| 29-33 | 121 | 99 | 72 | 62 | 49 | 36 | 220 |
| 34-38 | 165 | 186 | 98 | 128 | 67 | 58 | 351 |
| 39-43 | 171 | 169 | 117 | 112 | 54 | 58 | 340 |
| 44-48 | 162 | 168 | 108 | 116 | 54 | 52 | 330 |
| 49-53 | 79 | 70 | 51 | 47 | 29 | 23 | 149 |
| 54-58 | 44 | 52 | 27 | 38 | 17 | 15 | 96 |
| 59- | 34 | 44 | 22 | 31 | 12 | 14 | 78 |
| Total | 1135 | 1104 | 520 | 564 | 615 | 540 | 2239 |
| | 2239 | | 1085 | | 1154 | | |

Dados de Grupos Inativos - Estimados

| Faixa etária | Feminino | Masculino | Titular | | Dependente | | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | | | Feminino | Masculino | Feminino | Masculino | |
| 0-18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19-23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24-28 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 29-33 | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| 34-38 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39-43 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| 44-48 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 49-53 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 54-58 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| 59- | 32 | 23 | 27 | 19 | 5 | 4 | 55 |
| Total | 45 | 29 | 32 | 20 | 13 | 9 | 74 |
| | 74 | | 52 | | 22 | | |

***Atualmente o Sesc/DF possui 1960 beneficiários no Plano de Saúde, destes 1186 (824 titulares e 1062 dependentes) são ativos e 74 (52 titulares e 22 dependentes) inativos.**

*O contrato atual possui 1 casos de home care concedido e 1 em andamento para liberação.

ANEXO II

Sinistralidade 2022/2023

Sinistralidade Smile

| Ago/22 | Set/22 | Out/22 | Nov/22 | Dez/22 | Jan/23 | Fev/23 | Consolidado |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 11,15% | 43,86% | 43,48% | 70,66% | 72,76% | 74,37% | 72,34% | 55,36% |

Sinistralidade Medhealth

| Nov/21 | Dez/21 | Jan/22 | Fev/22 | Mar/22 | Abr/22 | Mai/22 | Jun/22 | Jul/22 | Consolidado |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 79,19% | 87,07% | 78,15% | 80,38% | 83,67% | 82,36% | 83,52% | 84,83% | 87,80% | 87,80% |

ANEXO III

O Plano de Saúde do Sesc/DF é subsídio, por adesão segue a tabela com os percentuais de subsídio:

| TABELA DE PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO PLANO DE SAÚDE | |
|---|------------|
| VIGÊNCIA: 01/08/2022 | |
| TITULAR SUBSIDIADO PELA MÉDIA DE VALOR | |
| VALOR A SER DESCONTADO NA FOLHA | |
| SEGMENTO FUNCIONAL CONFORME NORMATIVO INTERNO | % |
| Cargo de Auxiliares e Assistentes | 20% |
| Cargos de Analistas | 30% |
| Cargos de Confiança | 40% |
| Cargos de liderança | 50% |
| <u>Para até 2 novos dependentes, na tabela por idade</u> | 60% |