



TERMO DE REFERÊNCIA - LICITAÇÃO

SERVIÇOS SEM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO-DE-OBRA

(Processo e-PAD n.38687/2023)

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, com coparticipação em consultas médicas, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98, art. 1º, I e II) para prestação do serviço de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região, nos termos das tabelas abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste Instrumento.

1.2. A contratação é de natureza coletiva empresarial.

1.3. Regime de concessão e forma de viabilização: plano na modalidade de pós pagamento, aqui entendido que a primeira mensalidade será paga a partir de 30 (trinta) dias após início da vigência do contrato. O plano será viabilizado por meio de acesso a profissionais e à rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da CONTRATADA.

1.4. Entende-se por rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, todos os profissionais, hospitais, maternidades e serviços complementares colocados à disposição dos beneficiários pela empresa CONTRATADA, como aptos a prestarem integralmente os serviços contratados.

1.5. O serviço objeto desta contratação é caracterizado como comum, nos termos do art. 6º, inc. XIII, da Lei n. 14.133/2021.

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

1.6.1. O serviço é enquadrado como continuado tendo em vista se adequar ao conceito de serviços prestados de forma contínua pelo art. 15 da IN/SEGES/MPOG/05/2017, ou seja, deve ser prestado de forma permanente e contínua, por mais de um exercício financeiro;

1.6.2. Além disso, o Manual de Aquisições deste Regional previu, no subitem 25.6.1, que tais serviços são considerados como de prestação continuada.

1.7. Regime de execução: empreitada por preço unitário - per capita mensal (vide art. 6º, XXVIII da Lei n. 14.133/2021).

1.8. Serão licitados 2 (dois) tipos de planos de saúde, conforme discriminado na tabela abaixo:

TABELA 01 - GRUPO ÚNICO (Planos 1 e 2)				
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	CATSER	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE
1	Plano de saúde 1: abrangência geográfica, no mínimo, estadual (Minas Gerais) para atendimentos eletivos e abrangência geográfica nacional para atendimentos de urgência/emergência.	12.920	VIDAS	14.457
2	Plano de saúde 2: abrangência geográfica nacional para atendimentos eletivos e de urgência/emergência	12.920	VIDAS	729

2. FUNDAMENTAÇÃO, DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO E RESULTADO PRETENDIDO

2.1. A Lei n. 8.112/1990 trouxe, em seu art. 230, a previsão de assistência à saúde do servidor, dispondo:

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

2.2. Em consonância com o disposto na redação legal supracitada, a Resolução CNJ nº 207 de 2015¹ instituiu a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário, estabelecendo, em seu art. 5º, II, que os tribunais devem, observadas as condições e realidades locais, “*prestar assistência à saúde, de forma indireta, por meio de planos de saúde e/ou auxílio saúde, observados padrões mínimos de cobertura que poderão ser fixados pelo CNJ, bem como critérios de coparticipação*”.

2.3. Por sua vez, a Resolução CNJ nº 294, de 2019², alterada pelas Resoluções n.º 495 e 500, ambas de 2023, regulamentou o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário, instituindo em seu art. 2º que:

Os órgãos do Poder Judiciário deverão instituir programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores, observadas as diretrizes desta Resolução, a disponibilidade orçamentária, o planejamento estratégico de cada órgão, e os princípios da legalidade, da razoabilidade e da proporcionalidade.

2.4. O art. 4º da resolução supracitada estabelece, ainda, que a assistência à saúde dos beneficiários será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma suplementar, por

¹ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1850222021070160de0e6e8e45d.pdf>, acesso em 15/10/2023.

² <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado161942202305296474d09eefc1b.pdf>, acesso em 15/10/2023.

meio de regulamentação dos órgãos do Poder Judiciário, mediante umas das seguintes opções:

I – autogestão de assistência à saúde, conforme definido em regulamento próprio aprovado pelo órgão, inclusive com coparticipação;

II – contrato com operadoras de plano de assistência à saúde;

III – serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV – auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso.

2.5. Internamente, a Instrução normativa GP n.º 64/2020 regulamenta o Plano de Assistência à Saúde no âmbito do TRT-3, dispondo, em seu art. 2º, §1º, que a assistência à saúde abrange:

a prestada diretamente pelas unidades de saúde deste Tribunal, a oferecida no âmbito do plano próprio (TRTer Saúde), a disponibilizada por meio de plano privado contratado pelo Tribunal e a decorrente de avença firmada entre este Regional, a seu critério, e entidade representativa de Magistrados ou Servidores que tenha firmado a contratação de plano de saúde privado, e o pagamento de auxílio de caráter indenizatório para cobertura de despesas com medicamentos.

2.6. Não obstante as exigências normativas supracitadas, é cediço que a assistência à saúde suplementar, em especial a assistência médico-hospitalar, contribui para a manutenção, recuperação e promoção da saúde física e mental, como também da qualidade de vida dos magistrados, servidores e respectivos dependentes deste Tribunal. Com isso, percebe-se uma redução dos índices de absenteísmo no trabalho, colaborando, por consequência, para a melhoria dos serviços prestados à sociedade.

2.7. No preâmbulo da Resolução CNJ n. 207/2015³, é ressaltada a importância da preservação da saúde de magistrados e servidores para o alcance dos macrodesafios estabelecidos à época na Estratégia Judiciário 2020, teor da Resolução do CNJ n. 198/2014.

2.8. Os macrodesafios do Poder Judiciário foram atualizados pela Resolução CNJ n. 325/2020⁴ para o período 2021-2026:

³ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1850222021070160de0e6e8e45d.pdf>, acesso em 15/10/2023.

⁴ <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado1802422022060962a235c29d678.pdf>, acesso em 15/10/2023.

Art. 1o Instituir a Estratégia Nacional do Poder Judiciário para o sexênio 2021-2026, aplicável aos tribunais indicados nos incisos II a VII do art. 92 da Constituição Federal e aos Conselhos de Justiça, nos termos do Anexo I desta Resolução, sintetizada nos seguintes componentes:

I – missão;

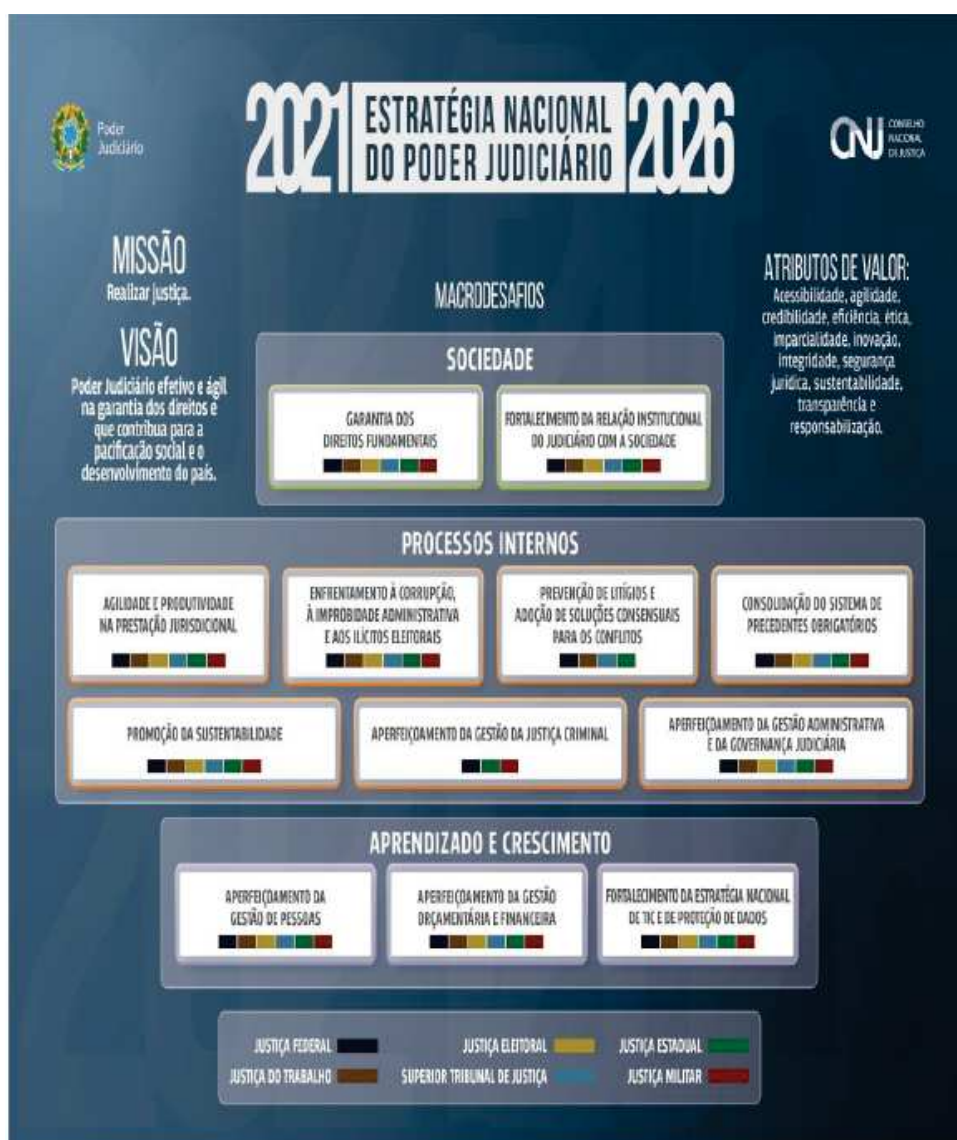
II – visão;

III – valores;

IV – macrodesafios do Poder Judiciário; e

V – indicadores de desempenho.

Parágrafo único. Os atos normativos e as políticas judiciárias nacionais produzidos pelo CNJ serão fundamentados, no que couber, na Estratégia Nacional do Poder Judiciário.



2.9. Demonstrada a importância de se garantir a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de magistrados, servidores e dependentes e o reconhecimento pelo Conselho Nacional de Justiça de que essas condições afetam os desafios enfrentados pelo Poder Judiciário, adentraremos à situação desta Especializada e à descrição dos requisitos necessários para o atendimento da demanda.

2.10. Atualmente, este Regional possui 14.779 (quatorze mil, setecentos e setenta e nove) beneficiários inscritos no Plano de Assistência à Saúde médico-hospitalar, dos quais 8.620 (oito mil seiscentos e vinte) correspondem a magistrados e servidores ativos e inativos, cônjuges ou companheiros, pensionistas cônjuges e 6.159 (seis mil cento e cinquenta e nove) se referem aos chamados Beneficiários Especiais (pais, mães, filhos, enteados, menores sob guarda judicial, pensionistas filhos, servidores requisitados estaduais e municipais). Todos são assistidos pelo plano privado de assistência à saúde prestado pela operadora Unimed-BH, contratada pelo TRT-3 por meio do termo 19SR006, o qual possui abrangência geográfica de cobertura assistencial médico-hospitalar em todo o Estado de Minas Gerais e com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

2.11. Ocorre que o contrato 19SR006 terá sua vigência expirada em 30/05/2024, sem possibilidade de nova prorrogação, havendo, portanto, a necessidade de nova solução para a continuidade da prestação de assistência à saúde complementar médico-hospitalar ofertada pelo TRT-3 a seus magistrados, servidores e respectivos dependentes.

2.12. Necessário acrescentar que, diante da solidificação do teletrabalho no Judiciário trabalhista, houve um crescimento no número de servidores residindo fora de Minas Gerais e, conseqüentemente, uma maior procura por assistência à saúde em cidades fora do Estado.

2.13. Por fim, importante destacar que a solução deve contemplar, também, a realização de exames laboratoriais que subsidiarão o Exame Médico Periódico (EMP), conforme disposto no art. 6º, inciso IV, da Resolução 207, do Conselho Nacional da Justiça, na Resolução n.º 141/2014 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT) e no art. 206-A da Lei 8.112/90, que regulamentam os exames médicos periódicos dos magistrados e servidores da Administração Pública Direta.

2.14. Desta forma, a solução deverá atender a essas demandas, devendo o respectivo custeio adicional⁵ ser realizado integralmente pelos magistrados e servidores.

⁵Para todas as modalidades de planos ofertadas pelo TRT-3, o valor que exceder ao valor per capita repassado pelo TRT-3 para o custeio do plano de assistência médico-hospitalar será arcado integralmente pelos magistrados e servidores, de acordo com a modalidade do plano de saúde escolhido.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1. Contratação de pessoa jurídica de direito privado que opere plano de assistência à saúde, com coparticipação em consultas médicas, devidamente registrada e ativa na Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98, art. 1º, I e II) para prestação do serviço de assistência médica, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, dependência química e psiquiátricas, internações em Unidade de Terapia Intensiva/Centro de Terapia Intensiva adulto, infantil e neonatal, utilização de leitos especiais, limitado, no mínimo, ao Rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, inclusive com cobertura para remoção aérea aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

3.2. Para atendimento dos 14.779 (quatorze mil, setecentos e setenta e nove) beneficiários atualmente vinculados ao plano de saúde contratado pelo TRT-3, será necessária a contratação, em tese, de 2 (dois) modelos de planos de assistência médica à saúde que atendam às seguintes características básicas e comuns a todos:

- Segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- Acomodação: individual em apartamento padrão;
- Coparticipação: em consulta eletiva e de pronto atendimento;
- Transporte Aeromédico: disponível para todos os beneficiários;
- Garantia de que o beneficiário tenha acesso direto à rede credenciada, sendo vedada a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem obrigatória pela operadora (vedado exigir o atendimento inicial obrigatório na rede própria para a liberação do acesso à rede credenciada);
- Atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;
- Participação no Programa de Qualificação de Operadoras - PQO - da ANS com média mínima na avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS de **0,7** no ano de 2022.

3.3. A abrangência geográfica dos serviços de assistência eletiva à saúde será de acordo com o definido abaixo para cada plano:

- a) **Plano 1:** No mínimo, estadual;
- b) **Plano 2:** Nacional;

3.4. A rede de atendimento de cada tipo de plano está detalhada no item 4.7 deste Termo.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Sustentabilidade

4.1.1. Devem ser atendidos os seguintes critérios de sustentabilidade:

4.1.1.1. Aplicam-se, no que couber, a Lei n. 12.305/2010, que dispõe acerca da instituição de Política Nacional de Resíduos Sólidos, e o “Guia de Contratações Sustentáveis da Justiça do Trabalho”, aprovado pelo Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT) mediante Resolução CSJT n. 310/2021, disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/192701/2021_res03_10_csjt.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4.1.1.2. Para a contratação em pauta, deverão ser exigidas as seguintes comprovações e/ou declarações:

- a) não possuir inscrição no cadastro de empregadores flagrados explorando trabalhadores em condições análogas à de escravo, instituído pela Portaria Interministerial MTPS/MMIRDH nº 04/2016; e
- b) não ter sido condenada, a CONTRATADA ou seus dirigentes, por infringir as leis de combate à discriminação de raça ou de gênero, ao trabalho infantil e ao trabalho escravo.

4.2. Beneficiários

4.2.1. Os beneficiários do Plano de Assistência à Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, de acordo com a IN GP N. 64 de 06 de abril de 2020, são classificados em:

4.2.1.1. Beneficiários Titulares: magistrados e servidores (ativos e aposentados) e pensionistas cônjuges;

4.2.1.2. Beneficiários Dependentes: cônjuges ou companheiros de magistrados e servidores (ativos e aposentados)

4.2.1.3. Beneficiários Especiais: pais, mães, filhos, enteados, menores sob guarda judicial dos magistrados e servidores (ativos e aposentados), pensionistas filhos, servidores requisitados estaduais e servidores requisitados municipais.

4.2.1.4. Durante a vigência do contrato, o rol de beneficiários disposto neste item poderá ser alterado caso haja modificação ou substituição da IN GP N. 64 de 06 de abril de 2020. A referida Instrução Normativa encontra-se disponível no endereço eletrônico www.trt3.jus.br - menu: Serviços - Plano de Saúde - Conheça o Regulamento <[Conheça o Regulamento — TRT-MG](#)>.

4.2.2. Nos casos de óbito do Beneficiário Titular, será assegurado ao Beneficiário Dependente e Especial excluído, independentemente de ter contribuído para o plano de saúde e desde que tenha sido inscrito anteriormente à data de exclusão, o direito de se tornar cliente da CONTRATADA, por um prazo mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, nas mesmas condições, exceto quanto ao preço, conforme abaixo descrito:

4.2.2.1. No caso de exclusão em razão de óbito do Beneficiário Titular, serão asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial e coparticipações previstas neste documento, sem exigência de carência, desde que o Beneficiário Dependente ou Especial, interessado, faça a opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contado da exclusão, passando a assumir o pagamento integral para custeio do plano, devendo, para tanto, formalizar Termo de Adesão. O valor da mensalidade, neste caso, deverá ser regido pela Resolução Normativa ANS nº 488 de 29/03/2022, que regulamenta o direito de manutenção, na condição de beneficiário, dos dependentes em caso de morte do titular. Ultrapassado o prazo previsto neste item, será obrigatório o cumprimento integral das respectivas carências estipuladas pela CONTRATADA.

4.2.2.2. O Termo de Adesão referido no subitem anterior deverá conter, necessariamente:

- a) previsão de que o período de manutenção da condição de cliente da CONTRATADA, dentro das condições estipuladas neste documento, será por um prazo mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- b) declaração de ciência de que a condição prevista no contrato é mera concessão das partes e de que, finalizado o prazo previsto no Termo de Adesão, deixará de fazer jus ao plano de saúde nas condições propostas no contrato original;
- c) declaração de ciência de que o custo mensal da assistência médica variará por idade, segundo a tabela vigente para este contrato, e de que, quando ocorrer mudança de faixa etária, será aplicado novo valor correspondente a partir do mês subsequente ao aniversário;
- d) a despesa total do valor mensal *per capita*, os valores de coparticipação e do transporte aeromédico, constantes no contrato;
- e) compromisso do interessado de efetuar o pagamento integral dos valores contratados, devendo as faturas serem remetidas para o endereço indicado no mencionado Termo de Adesão;
- f) declaração de ciência de que os reajustes do valor mensal *per capita*, dos valores de coparticipação e do Transporte aeromédico ocorrerão nos termos da Resolução Normativa ANS nº 488 de 29/03/2022 e nº 543 de 02/09/2022;
- g) previsão de que, ao término do prazo previsto no Termo de Adesão, poderá o interessado fazer a opção pelo produto individual ou familiar que a CONTRATADA possua, sem exigência de carência, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após o cancelamento;
- h) previsão de rescisão imediata do Termo de Adesão, caso ocorra impontualidade no pagamento do valor devido mensalmente por períodos superiores a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

4.2.2.3. Na hipótese de rescisão ou cancelamento do contrato, o Termo de Adesão também será cancelado, quando então será ofertada aos beneficiários a opção de aderirem a um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar da CONTRATADA.

4.2.3. Em caso de óbito de Beneficiário Titular, fica assegurado ao pensionista cônjuge e ao pensionista filho o direito de retornar como beneficiário do plano de saúde, sem que haja alteração da categoria ocupada anteriormente ao óbito do titular. Desta forma, estes beneficiários poderão permanecer no plano sem limite de permanência.

4.2.4. Quando do falecimento do Beneficiário Titular, Dependente ou Especial, caberá ressarcimento ao CONTRATANTE, pela CONTRATADA, em virtude da diferença entre o dia do óbito e o dia da vigência da exclusão, desde que solicitado por escrito.

4.2.5. O CONTRATANTE entregará à CONTRATADA, quando da assinatura do contrato, a relação de beneficiários com todos os dados necessários para fins de cadastramento.

4.2.6. Após a efetiva exclusão do beneficiário pela CONTRATADA, não haverá nenhuma responsabilidade do Tribunal por serviços extemporâneos a ele prestados.

4.2.7. Os quantitativos de beneficiários estão sujeitos a alterações durante toda a vigência do contrato.

4.3. Detalhamento da carteira do plano atualmente contratado pelo TRT-3

4.3.1. Atualmente, há 14.779 (quatorze mil, setecentos e setenta e nove) beneficiários inscritos no plano de saúde contratado pelo TRT-3, divididos nas seguintes carteiras:

- a) **Beneficiários Titulares e Dependentes:** composta por magistrados, servidores e seus respectivos cônjuges ou companheiros. Atualmente, possui 8.620 (oito mil seiscentos e vinte) beneficiários, representando 58,32% (cinquenta e oito inteiros e trinta e dois centésimos por cento) da carteira total.
- b) **Beneficiários Especiais:** composta por pais, mães, filhos, enteados, menores sob guarda judicial dos magistrados ou servidores (ativos e aposentados), pensionistas filhos, servidores requisitados estaduais e servidores requisitados municipais. Atualmente, possui 6.159 (seis mil cento e cinquenta e nove) beneficiários, representando 41,68% (quarenta e um inteiros e sessenta e oito centésimos por cento) da carteira total.

4.3.2. Abaixo, segue tabela com o detalhamento dos beneficiários que compõem a carteira total do plano atualmente contratado pelo TRT-3:

TABELA 2 - DETALHAMENTO DA CARTEIRA TOTAL DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO PELO TRT-3						
Faixa etária	Residentes em Minas Gerais na Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes em Minas Gerais fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes fora de Minas Gerais	
	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino
0 a 18	630	663	471	504	34	30
19 a 23	177	169	155	141	7	7
24 a 28	213	216	151	142	1	6
29 a 33	226	224	154	124	9	3
34 a 38	357	284	194	148	18	17
39 a 43	515	356	274	256	29	19
44 a 48	356	313	239	195	16	15
49 a 53	294	241	213	171	9	8
54 a 58	427	271	275	197	10	10
59 ou mais	1776	1258	848	639	40	34
TOTAIS	4.971	3.995	2.974	2.517	173	149
	8.966		5.491		322	
	14.779					

4.3.2.1. Depreende-se da tabela que, do total dos 14.779 (quatorze mil, setecentos e setenta e nove) beneficiários, 8.118 (oito mil cento e dezoito) são do gênero feminino e 6.661 (seis mil seiscentos e sessenta e um) do gênero masculino.

4.3.2.2. Em termos percentuais, a carteira total está dividida da seguinte forma:

- Distribuição geográfica:
 - 60,58% (8.966 beneficiários) residem na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 37,10% (5.491 beneficiários) residem em Minas Gerais, porém fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 2,32% (322 beneficiários) residem fora de Minas Gerais.

- Faixa etária e gênero:
 - 0 a 18 anos: 15,78% dos beneficiários, sendo 48,67% do gênero feminino;
 - 19 a 23 anos: 4,44% dos beneficiários, sendo 51,68% do gênero feminino;
 - 24 a 28 anos: 5,93% dos beneficiários, sendo 50,07% do gênero feminino;
 - 29 a 33 anos: 5,01% dos beneficiários, sendo 52,57% do gênero feminino;
 - 34 a 38 anos: 6,89% dos beneficiários, sendo 55,89% do gênero feminino;
 - 39 a 43 anos: 9,80% dos beneficiários, sendo 56,45% do gênero feminino;
 - 44 a 48 anos: 7,67% dos beneficiários, sendo 53,88% do gênero feminino;

- 49 a 53 anos: 6,33% dos beneficiários, sendo 55,13% do gênero feminino;
- 54 a 58 anos: 8,05% dos beneficiários, sendo 59,83% do gênero feminino;
- acima de 59 anos: 31,09% dos beneficiários, sendo 57,98% do gênero feminino.

4.3.3. Abaixo, segue tabela com o detalhamento dos beneficiários que compõem a carteira de Beneficiários Titulares e Dependentes do plano atualmente contratado pelo TRT-3:

TABELA 3 - DETALHAMENTO DA CARTEIRA DE BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO PELO TRT-3						
Faixa etária	Residentes em Minas Gerais na Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes em Minas Gerais fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes fora de Minas Gerais	
	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino
0 a 18	0	0	0	0	0	0
19 a 23	1	0	1	0	0	0
24 a 28	11	11	20	16	0	0
29 a 33	65	52	55	30	7	2
34 a 38	228	177	140	94	18	17
39 a 43	404	263	236	219	29	19
44 a 48	309	256	226	178	15	15
49 a 53	272	219	197	157	8	8
54 a 58	389	258	267	192	9	10
59 ou mais	1.303	1.050	572	537	28	30

TOTAIS	2.982	2.286	1.714	1.423	114	101
	5.268		3.137		215	
	8.620					

4.3.3.1. Depreende-se da tabela que, do total dos 8.620 (oito mil seiscentos e vinte) beneficiários que compõem a carteira de Beneficiários Titulares e Dependentes, 55,80% são do gênero feminino e 44,20% do gênero masculino.

4.3.3.2. Em termos percentuais, a carteira de Titulares e Dependentes está dividida da seguinte forma:

- Distribuição geográfica:
 - 61,11% (5.268 beneficiários) residem na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 36,39% (3.137 beneficiários) residem em Minas Gerais, fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 2,49% (215 beneficiários) residem fora de Minas Gerais.
- Faixa etária e gênero:
 - 0 a 18 anos: não há beneficiários nessa faixa etária;
 - 19 a 23 anos: 0,02% dos beneficiários, sendo 100,00% do gênero feminino;
 - 24 a 28 anos: 0,67% dos beneficiários, sendo 53,45% do gênero feminino;
 - 29 a 33 anos: 2,45% dos beneficiários, sendo 60,19% do gênero feminino;
 - 34 a 38 anos: 7,82% dos beneficiários, sendo 57,27% do gênero feminino;

- 39 a 43 anos: 13,57% dos beneficiários, sendo 57,18% do gênero feminino;
- 44 a 48 anos: 11,59% dos beneficiários, sendo 55,06% do gênero feminino;
- 49 a 53 anos: 9,99% dos beneficiários, sendo 55,40% do gênero feminino;
- 54 a 58 anos: 13,05% dos beneficiários, sendo 59,11% do gênero feminino;
- acima de 59 anos: 40,84% dos beneficiários, sendo 54,06% do gênero feminino.

4.3.4. Abaixo, segue tabela com o detalhamento dos beneficiários que compõem a carteira de Beneficiários Especiais do plano atualmente contratado pelo TRT-3:

TABELA 4 - DETALHAMENTO DA CARTEIRA DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO PELO TRT-3						
Faixa etária	Residentes em Minas Gerais na Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes em Minas Gerais fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte		Residentes fora de Minas Gerais	
	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino	Gênero feminino	Gênero masculino
0 a 18	629	661	471	504	34	30
19 a 23	176	169	154	141	7	7
24 a 28	202	205	131	126	1	6
29 a 33	164	172	99	94	2	1
34 a 38	129	107	54	54	0	0
39 a 43	111	93	38	37	0	0

44 a 48	47	57	13	17	1	0
49 a 53	22	22	16	14	1	0
54 a 58	38	13	8	5	1	0
59 ou mais	473	208	276	102	12	4
TOTAIS	1.991	1.707	1.260	1.094	59	48
	3.698		2.354		107	
	6.159					

4.3.4.1. Depreende-se da tabela que, do total dos 6.159 (seis mil cento e cinquenta e nove) beneficiários que compõem a carteira de Beneficiários Especiais, 53,74% são do gênero feminino e 46,26% do gênero masculino.

4.3.4.2. Em termos percentuais, a carteira de Beneficiários Especiais está dividida da seguinte forma:

- Distribuição geográfica:
 - 60,04% (3.698 beneficiários) residem na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 38,22% (2.354 beneficiários) residem em Minas Gerais, fora da Região Metropolitana de Belo Horizonte;
 - 1,74% (107 beneficiários) residem fora de Minas Gerais.

- Faixa etária e gênero:
 - 0 a 18 anos: 37,81% dos beneficiários, sendo 48,69% do gênero feminino;
 - 19 a 23 anos: 10,62% dos beneficiários, sendo 51,53% do gênero feminino;
 - 24 a 28 anos: 10,89% dos beneficiários, sendo 49,78% do gênero

feminino;

- 29 a 33 anos: 8,64% dos beneficiários, sendo 49,81% do gênero feminino;
- 34 a 38 anos: 5,59% dos beneficiários, sendo 53,20% do gênero feminino;
- 39 a 43 anos: 4,53% dos beneficiários, sendo 53,41% do gênero feminino;
- 44 a 48 anos: 2,19% dos beneficiários, sendo 45,19% do gênero feminino;
- 49 a 53 anos: 1,22% dos beneficiários, sendo 52,00% do gênero feminino;
- 54 a 58 anos: 1,06% dos beneficiários, sendo 72,31% do gênero feminino;
- acima de 59 anos: 17,45% dos beneficiários, sendo 70,79% do gênero feminino.

4.4. Do padrão de acomodação em internação

4.4.1. A CONTRATADA deverá garantir a todos os beneficiários do plano de assistência médica à saúde contratado acomodação em regime de internação em apartamento individual padrão com banheiro privativo e com direito a leito para o acompanhante, estando incluídas as despesas do acompanhante no caso de pacientes menores de dezoito anos, com idade igual ou superior a sessenta anos, da mulher no pré-parto e no pós-parto imediatos ou pessoa com deficiência.

4.4.2. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, será garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

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

4.4.4. Caso a CONTRATADA ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

4.4.5. As internações psiquiátricas poderão ser realizadas em acomodações coletivas.

4.5. Da Cobertura assistencial

4.5.1. A cobertura assistencial observará os requisitos exigidos pela Lei Federal nº 9.656/1998, resoluções e regulamentações complementares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em conformidade com o rol de procedimentos em vigor, estabelecido pela ANS, para despesas de assistência médico-hospitalar, incluindo partos e tratamentos, realizados nos limites da cobertura territorial estabelecida em contrato, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em caráter eletivo, de acordo com modelo de plano a ser contratado e, nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, para todos os modelos de plano.

4.5.2. Da assistência ambulatorial

4.5.2.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os planos de assistência médica à saúde contratados deverão assegurar aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

- a) consultas e sessões médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

- c) cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS;
- d) cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médicos devidamente habilitados;
- e) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados em resolução normativa da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- f) cobertura das ações de planejamento familiar, listadas em resolução normativa e o rol de procedimentos da ANS, para segmentação ambulatorial.

4.5.3. Da assistência médico-hospitalar com obstetrícia

4.5.3.1. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme resoluções e regulamentações complementares da ANS. Os planos de assistência médica à saúde contratados assegurarão aos beneficiários, no mínimo, os seguintes serviços:

- a) internação hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, relacionada às especialidades reconhecidas pelo CFM;
 - a.1) haverá cobrança de coparticipação, por diária, referente à internação psiquiátrica ou para dependência química, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no ano civil, no valor igual ao estabelecido, neste contrato, para coparticipação em consultas em pronto atendimento.
- b) internação hospitalar em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

- c) cobertura de atendimento em hospital-dia para transtornos mentais, sem cobrança de coparticipação;
- d) cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- e) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- f) diária de internação hospitalar;
- g) despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- h) exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- i) taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- j) cobertura dos tratamentos decorrentes de acidentes de trabalho;
- k) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do usuário menor de dezoito, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e pessoa com deficiência, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- l) cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais que causem problemas funcionais;

- m) cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- n) órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- o) procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;
- p) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- q) cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
 - q.i) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - q.ii) quimioterapia ambulatorial;
 - q.iii) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - q.iv) hemoterapia;
 - q.v) cirurgias oftalmológicas, inclusive refrativas, obedecendo às diretrizes do rol da ANS;
 - q.vi) nutrição parenteral ou enteral;
 - q.vii) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - q.viii) embolizações e radiologia intervencionista;
 - q.ix) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - q.x) procedimentos de fisioterapia listados no rol de procedimentos da ANS;
 - q.xi) eletrococleografia;

- q.xii) cirurgias esterilizadoras (vasectomia e salpingotripsia);
- q.xiii) cirurgia bariátrica;
- q.xiv) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, quando esta última houver sido coberta pela empresa operadora do plano de saúde;
- q.xv) cirurgia plástica reconstrutora de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- r) medicamentos nacionais ou importados, caso não haja similar nacional, durante os períodos de internação;
- s) utilização de leitos especiais, monitores, aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
- t) despesas com marcapasso e “stent” de qualquer natureza;
- u) unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente, sem limitação de prazo;
- v) cobertura de transplantes de medula óssea, fígado, córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
 - v.i) as despesas assistenciais com doadores vivos;
 - v.ii) os medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, utilizados durante a internação;
 - v.iii) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - v.iv) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

- v.v) transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica.
- w) São cobertos os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, quando assim especificados em resolução normativa da ANS, assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação de imagem;
- x) A cobertura de obstetrícia compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, dentro dos recursos próprios ou contratados pela CONTRATADA para ofertar a assistência médica à saúde aos beneficiários do plano de saúde.
- x.i) São cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais ou importados, na falta de similar nacional, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

4.5.4. Das exclusões de cobertura

4.5.4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) e nas resoluções normativas da ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias. São excluídos os eventos e despesas decorrentes de:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b) atendimentos prestados antes do início do período de vigência;
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- d) cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- e) inseminação artificial;

- f) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- g) tratamentos em centros de SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656/1998;
- i) fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) aplicação de vacinas preventivas;
- m) necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- n) aparelhos ortopédicos;
- o) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- p) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- q) consultas e procedimentos em especialidades médicas não reconhecidas pelo CFM;
- r) medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); e,
- s) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

4.6. Da Realização de exames laboratoriais definidos para o Exame Médico Periódico de magistrados e servidores ativos

4.6.1. O Exame Médico Periódico (EMP) para magistrados e servidores ativos da Administração Pública Federal Direta está disciplinado pelos seguintes normativos: Resolução 207, art. 7-A, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Resolução nº 141/2014 do Conselho Superior da Justiça do Trabalho (CSJT); e Lei 8.112/90, art. 206-A.

4.6.2. No âmbito do CONTRATANTE, há, aproximadamente, 4.000 (quatro mil) magistrados e servidores ativos que, anualmente, são convidados a realizar exames laboratoriais de cunho ocupacional, bem como consulta com médico do quadro próprio deste Tribunal.

4.6.3. Para realização dos exames laboratoriais exigidos no EMP, os pedidos dos exames feitos pelo TRT-3 deverão ser aceitos pela CONTRATADA, como se fossem emitidos por sua rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada.

- a) Os magistrados e servidores solicitarão a guia de exames diretamente para a CONTRATADA, preferencialmente por meio eletrônico, de acordo com o cronograma estabelecido pela Secretaria de Saúde deste Tribunal ou por meio do envio dos nomes dos magistrados e servidores, de acordo com o cronograma estabelecido para emissão dos pedidos de exame pela CONTRATADA.
- b) Nas cidades onde o atendimento é feito por credenciadas da CONTRATADA, a solicitação das guias de exame será feita pelo CONTRATANTE por meio do envio de arquivo de texto contendo informações sobre os beneficiários e procedimentos a serem realizados, conforme modelo “Formato dos arquivos para solicitação de guias”, contido no Anexo IV “Layouts de Comunicação” deste Termo de Referência.
- c) Abaixo segue a relação de exames laboratoriais que integram o EMP do CONTRATANTE e que deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA:
 - hemograma completo;
 - glicemia de jejum;
 - creatinina;
 - colesterol total e frações;
 - triglicérides; e
 - pesquisa de sangue oculto nas fezes (apenas para >45 anos de idade).

4.6.3.1. Os exames dispostos no item 4.6.3 deverão ser transcritos automaticamente pela CONTRATADA, de forma padronizada, sem necessidade de apresentação do “Pedido Médico” de profissional deste Tribunal, devendo essa guia ser aceita pelos laboratórios da rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada na capital e nos municípios do interior do Estado de Minas Gerais.

4.6.3.2. A lista dos exames laboratoriais dispostos no item 4.6.3 poderá sofrer alterações ao longo da vigência do contrato, a critério do CONTRATANTE.

4.7. Da abrangência geográfica e da rede de atendimento

4.7.1. Plano 1: Estadual

4.7.1.1. O plano 1, de abrangência geográfica estadual, deverá garantir, no mínimo, cobertura eletiva nas cidades onde há unidades de trabalho do TRT-MG e eventuais novas cidades que passarem a ter sede do TRT-MG no decorrer da vigência contratual, além de cobertura de urgência e emergência em âmbito nacional.

4.7.1.2. Atualmente, a Jurisdição do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região é composta pelo Município de Belo Horizonte e por 65 cidades do estado de Minas Gerais:

- a) Aimorés, Alfenas, Almenara, Araçuaí, Araguari, Araxá, Barbacena, Betim, Bom Despacho, Caratinga, Cataguases, Caxambu, Congonhas, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Coronel Fabriciano, Curvelo, Diamantina, Divinópolis, Formiga, Frutal, Governador Valadares, Guanhães, Guaxupé, Itabira, Itajubá, Itaúna, Ituiutaba, Iturama, Januária, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Manhuaçu, Monte Azul, Montes Claros, Muriaé, Nanuque, Nova Lima, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Pedro Leopoldo, Pirapora, Piumhi, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Santa Rita do Sapucaí, São João Del Rei, São Sebastião do Paraíso, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Três Corações, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí e Varginha.

4.7.1.3. A rede credenciada do Plano 1 deverá ser a seguinte:

- a) capacidade de atendimento em, no mínimo, 20 (vinte) hospitais na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, sendo pelo menos 3 (três) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com Excelência”;
- b) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 5 (cinco) hospitais com CTI na Região Metropolitana de Belo Horizonte e com, no mínimo, as seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica e neurologia;
- c) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 2 (dois) hospitais com CTI pediátrico na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- d) capacidade de atendimento de, no mínimo, 05 (cinco) laboratórios de análises clínicas; 05 (cinco) laboratórios de anatomia patológica; 05 (cinco) clínicas de exames por imagens; 01 (um) serviço de medicina nuclear; 04 (quatro) clínicas especializadas em oncologia, 05 (cinco) clínicas especializadas em oftalmologia e 05 (cinco) clínicas especializadas em otorrinolaringologia na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- e) capacidade de atendimento em regime de internação eletiva, nas especialidades Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia e Ginecologia/Obstetrícia; serviço de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, nos municípios de Alfenas, Araguari, Araxá, Barbacena, Conselheiro Lafaiete, Coronel Fabriciano, Curvelo, Divinópolis, Formiga, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Montes Claros, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, Uberaba, Uberlândia e Varginha;
- f) nas cidades listadas acima, deverá apresentar capacidade de atendimento em no mínimo 02 (dois) Laboratórios de análises clínicas; 01 (um) laboratório de anatomia patológica e 01 (uma) clínica de exames por imagens; no mínimo, 5 (cinco) médicos credenciados para atendimento em consultório particular em cada uma das especialidades médicas, “Clínica

Médica”, “Pediatria”, “Cirurgia Geral”, “Ortopedia”, “Cardiologia”, “Gastroenterologia”, e “Ginecologia/Obstetrícia”;

- g) capacidade para realizar atendimento domiciliar às urgências médicas, 24 horas por dia, com remoção, se necessária, em ambulância dotada de CTI móvel, na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- h) capacidade para realizar atendimento às urgências ginecológicas e obstétricas, 24 horas por dia, em, pelo menos, 3 (três) hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- i) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências otorrinolaringológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 2 (dois) hospitais/clínicas na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- j) capacidade para realizar atendimento às urgências e emergências oftalmológicas, 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital/clínica oftalmológica na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- k) capacidade de atendimento com pelo menos 1.000 (um mil) médicos credenciados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, pelo menos 5 (cinco) em cada especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, que ofereçam atendimento individualizado em consultório médico extra-hospitalar e equipado conforme sua especialidade; e,
- l) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI, nos municípios fora do estado de Minas Gerais, quais sejam: Aracaju (SE); Belém (PA), Boa Vista (RR); Brasília (DF); Campinas (SP); Campo Grande (MS), Cuiabá (MT); Curitiba (PR); Florianópolis (SC); Fortaleza (CE); Goiânia (GO); João Pessoa (PB); Maceió (AL); Macapá (AP), Manaus (AM); Natal (RN); Palmas (TO), Porto Alegre (RS); Porto Velho (RO), Recife (PE); Ribeirão Preto (SP); Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ); Salvador (BA); São Luís (MA), São José dos Campos (SP); São Paulo (SP); Teresina (PI), Vitória (ES) e Vitória da Conquista (BA).

4.7.2. Plano 2: Nacional

4.7.2.1. No Plano 2, de abrangência geográfica nacional tanto para os tratamentos eletivos como os de urgência/emergência, deverá constar toda a rede credenciada exigida para o Plano 1, além da relacionada abaixo:

- a) capacidade de atendimento em, no mínimo, 03 (três) hospitais na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, e leitos de CTI, no mínimo, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia, em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes os Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo, sendo pelo menos 1 (um) deles com Certificado de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação – ONA –, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com Excelência”;
- b) capacidade de atendimento em, no mínimo, 03 (três) hospitais na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, e leitos de CTI, no mínimo, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia, em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes os Estados: Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte;
- c) capacidade de atendimento em, no mínimo, 02 (dois) hospitais na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia/obstetrícia e neurologia, e com leitos de CTI, nas seguintes cidades: Vila Velha (ES); Maringá (PR) Campinas (SP); São José do Rio Preto (SP) e Ribeirão Preto (SP);
- d) capacidade de atendimento em, no mínimo, 01 (um) hospital na rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, com atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, clínica médica, ginecologia e neurologia, com leitos de CTI, no mínimo, em cada capital e/ou região

metropolitana de todos os Estados e nas seguintes cidades: Arapiraca (AL); Vitória da Conquista (BA); Porto Seguro (BA); Guarapari (ES); Domingos Martins (ES); Colatina (ES); Anápolis (GO); Dourados (MS); Petrolina (PE); Foz do Iguaçu (PR); Cabo Frio (RJ); Volta Redonda (RJ); Novo Hamburgo (RS); Santa Maria (RS); Balneário Camburiú (SC); Blumenau (SC); Chapecó (SC); Paulínia (SP); Sorocaba (SP); Taubaté (SP) e Presidente Prudente (SP);

- e) capacidade de atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, em pediatria, em pelo menos 1 (um) hospital com CTI pediátrico em cada capital e/ou região metropolitana dos seguintes Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo;
- f) capacidade de atendimento de no mínimo 05 (cinco) laboratórios de análises clínicas; 05 (cinco) laboratórios de anatomia patológica; 05 (cinco) clínicas de exames por imagens; 01 (um) serviço de medicina nuclear; 03 (três) clínicas especializadas em oncologia; 05 (cinco) clínicas especializadas em oftalmologia; e 05 (cinco) clínicas especializadas em otorrinolaringologia, em cada capital e/ou região metropolitana dos estados seguintes Estados: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo; e,
- g) Nas cidades listadas nos itens a, b e c, deverá ter capacidade de atendimento em no mínimo 02 (dois) Laboratórios de análises clínicas; 01 (um) laboratório de anatomia patológica e 01 (uma) clínica de exames por imagens; no mínimo, 5 (cinco) médicos credenciados para atendimento em consultório particular em cada uma das especialidades médicas, “Clínica Médica”, “Pediatria”, “Cirurgia Geral”, “Ortopedia”, “Cardiologia”, “Gastroenterologia”, e “Ginecologia/Obstetrícia”.

4.8. Das condições de atendimento

4.8.1. A rede credenciada exigida neste Termo de Referência deverá estar disponível, devidamente atualizada, para consulta pelos beneficiários por meio do sítio eletrônico da CONTRATADA ou por meio de seu aplicativo que permita acesso via celular ou tablet.

4.8.1.1. Caso haja alteração na estrutura da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, nos termos da Resolução normativa 568/2022, a CONTRATADA deverá disponibilizar em seu sítio eletrônico e/ou em outros meios de comunicação existentes, a relação contendo as modificações havidas.

4.8.2. Quando não for possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 1º, § 2º, da Resolução Normativa ANS nº 465, de 24/02/2021, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº 566, de 29/12/2022 e na legislação vigente, solicitando, posteriormente, o reembolso integral pela CONTRATADA, mediante a apresentação de recibo de pagamento.

4.8.2.1. Em caso de reembolso, este deverá ser efetuado diretamente na conta do beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da protocolização do pedido com todos os documentos exigidos pela CONTRATADA. O reembolso seguirá as normas da Resolução Normativa ANS nº 566 de 29/12/2022.

4.8.3. Nos termos da Resolução Normativa ANS nº 566, de 29/12/2022, para o atendimento nos casos de urgência e emergência e em todos os casos permitidos pela referida resolução, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios, a CONTRATADA poderá fazer a subcontratação dos serviços.

4.8.4. Nas hipóteses de internação, deverão ser seguidos os requisitos dispostos no item 4.4 “Do padrão de acomodação em internação”, deste documento.

4.8.4.1. Caso exista beneficiário internado e o contrato venha a ser rescindido, a empresa CONTRATADA deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar prescrita pelo médico assistente.

4.8.5. Quando da utilização da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, os beneficiários serão atendidos mediante sua identificação, que poderá se

dar por meio de apresentação da carteira de identificação, física ou digital, por reconhecimento facial, por identificação biométrica ou outra forma, conforme definido pelo CONTRATANTE, sendo o meio de identificação fornecido gratuitamente pela CONTRATADA a cada um dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais.

4.8.5.1. Após a assinatura do contrato, este Tribunal fornecerá à CONTRATADA os dados cadastrais dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais, devendo a CONTRATADA entregar, em até 30 (trinta) dias corridos a contar desse recebimento, quando for o caso, a carteira de identificação do Beneficiário Titular e de seu grupo familiar, no endereço do beneficiário titular constante nos dados cadastrais. Os dados cadastrais dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais serão enviados para a CONTRATADA por meio de um arquivo de texto (vide Anexo IV, item 2.2 "Sincronização de bases"), cujo formato está definido no item 2.7 Formato Geral dos Arquivos de Movimentação do Anexo IV deste Termo de Referência.

4.8.5.2. Após 2 (dois) dias úteis, a CONTRATADA deverá enviar um arquivo de retorno, definido no item 2.8 "Recebimento de dados Cadastrais da Operadora" do Anexo IV deste Termo de Referência.

4.8.5.3. Os beneficiários possuem número de inscrição no Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região e, caso a CONTRATADA opte por adotar novo número, deverá correlacionar o número/TRT, nome do beneficiário e o número/CONTRATADA.

4.8.5.4. Caso a CONTRATADA, durante a vigência do contrato, venha a revalidar as carteiras de identificação, quando for o caso, a entrega das novas carteiras dos beneficiários será de sua responsabilidade, nos moldes descritos no subitem 4.8.5.1.

4.8.5.5. Antes do término da validade assinalada nas carteiras de identificação dos usuários, a CONTRATADA emitirá outras carteiras, quando for o caso, sem custo para o CONTRATANTE, com novo período de validade.

4.8.6. O Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região encaminhará informação à CONTRATADA, conforme cronograma abaixo, contendo relação de inclusões e exclusões de beneficiários para emissão da carteira de identificação, quando for o caso, seja para os novos beneficiários ou quando houver necessidade de confecção da segunda via,

obrigando-se a CONTRATADA a encaminhá-las em até 05 (cinco) dias corridos, contados do dia da movimentação do arquivo, observando disposto na tabela abaixo.

TABELA 5 - CRONOGRAMA DE INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS			
Informação - Dia do mês	Dia da movimentação do arquivo	Dia da Inclusão	Dia da Exclusão
De 1 a 10	10	21	20
De 11 a 20	20	01	30 ou 31
De 21 a 30 ou 31	30 ou 31	11	10

4.8.7. Essas informações serão enviadas para a CONTRATADA por meio de arquivos de texto conforme *layout* definido no item 2.7 "Formato geral dos arquivos de movimentação", do Anexo IV deste Termo. Após 2 (dois) dias úteis, a CONTRATADA deverá enviar um arquivo de retorno confirmando o processamento dos dados enviados, sendo que o formato do arquivo de retorno está definido no item 2.8 "Recebimento de Dados Cadastrais da Operadora" do Anexo IV.

4.8.8. A CONTRATADA manterá uma rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, com abrangência geográfica definida neste documento para cada tipo de plano, composta por médicos, laboratórios, clínicas e hospitais que atendam aos beneficiários do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região, conforme o disposto no item 9.2, "Qualificação Técnica", deste Termo de Referência.

4.8.9. A CONTRATADA se obriga a envidar esforços para a formação de rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada, em cidade onde não existam credenciados, sem prejuízo da utilização do sistema de reembolso integral previsto neste Termo de Referência, até o credenciamento de estabelecimentos médicos em número suficiente para atender aos beneficiários, conforme estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 566 de 29/12/2022 e no item 4.7 deste Termo de Referência.

4.8.10. A CONTRATADA se compromete a envidar esforços para fazer integrar em sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada, profissionais e entidades que o Tribunal

Regional do Trabalho da Terceira Região indicar, desde que atendam às exigências técnicas impostas pela CONTRATADA.

4.8.11. Para utilizarem os serviços cobertos pelos planos privados de assistência à saúde de que tratam este instrumento, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada da CONTRATADA, mediante sua identificação, que poderá se dar por meio de apresentação da carteira de identificação, física ou digital, por reconhecimento facial, por identificação biométrica ou outra forma, conforme definido pelo CONTRATANTE, e documento de identidade ou outro equivalente, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de Procedimentos de Alta Complexidade, constantes nos Anexos da Resolução Normativa ANS nº 465, de 24/02/2021 e suas atualizações.

4.8.12. A autorização para a realização de procedimentos deverá ser fornecida por telefone ou por meio eletrônico, preferencialmente no prazo de 02 (dois) dias úteis de sua solicitação ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência, de modo a não causar transtornos aos beneficiários. A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 3º da Resolução Normativa nº 566 da ANS, de 29/12/2022, devendo envidar esforços para que as solicitações sejam atendidas antes dos prazos definidos.

4.8.13. Para os pedidos de exames complementares solicitados por médicos credenciados ou particulares, a CONTRATADA poderá realizar sua autorização ou transcrição no posto interno de atendimento, conforme item 4.11 deste Termo de Referência, que deverá ser instalado nas dependências deste Tribunal.

4.8.14. Para internação eletiva, a autorização obedecerá aos critérios definidos pela CONTRATADA, que se obriga a informar aos beneficiários como proceder. As informações serão prestadas via atendimento presencial ou telefônico, por meio de comunicação escrita disponível em sítio eletrônico da CONTRATADA ou em seu aplicativo eletrônico que permita acesso via celular ou tablet.

4.8.14.1. Caso a empresa CONTRATADA adote procedimentos mais simplificados de autorização para as internações e/ou procedimentos de alta complexidade, será assegurada a preferência por sua implantação no contrato, a ser pactuado com o CONTRATANTE.

4.8.14.2. Nas internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário dirigir-se-á a hospital da rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada e terá 48 (quarenta e oito) horas para solicitar a “Guia de Internação”. Se, por culpa da CONTRATADA, o beneficiário só conseguir

utilizar-se dos serviços contratados na rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada na condição de cliente particular, a CONTRATADA obrigará-se a reembolsar, direta e integralmente, os gastos realizados pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da apresentação dos recibos do pagamento efetuado.

4.8.14.3. Nas internações de urgência e/ou emergência ocorridas em território nacional, mas fora do Estado de Minas Gerais, o beneficiário também deverá utilizar a rede credenciada da CONTRATADA que conste em sítios eletrônicos ou outros meios de comunicação com a CONTRATADA.

4.9. Da carência, inclusão e migração de beneficiários entre os Planos 1 e 2

4.9.1. Primeira inclusão para os Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais:

4.9.1.1. Plano de saúde 1: ocorrerá sem exigência de cumprimento de período de carência, a qualquer tempo;

4.9.1.2. Plano de saúde 2: será sem exigência de cumprimento de período de carência se ocorrer: até 60 (sessenta) dias corridos contados da assinatura do contrato; na data de aniversário do contrato; 30 (trinta) dias corridos contados da data da posse do servidor; ou 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento do recém nascido. Para os ingressos que ocorrerem fora dessas hipóteses, haverá exigência de cumprimento de carência conforme os prazos estabelecidos pela ANS.

4.9.2. Migração de beneficiários entre os planos:

4.9.2.1. Definições:

- a) *Downgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 2 para o 1.
- b) *Upgrade*: ocorre quando o beneficiário realiza migração do plano de saúde 1 para o 2.

4.9.2.2. Regras de migração:

- a) A migração *Downgrade* poderá ser realizada a critério do beneficiário (Titular, Dependente e Especial) em qualquer data, sem exigência de qualquer cumprimento de período de carência;
- b) A migração *Upgrade* somente poderá ocorrer sem exigência de cumprimento de carência se for realizada na data de aniversário do contrato. Caso ocorra fora dessa hipótese, haverá exigência de cumprimento das carências determinadas pela ANS.

4.9.3. Reinclusão nos planos de saúde:

4.9.3.1. Considera-se reinclusão quando o beneficiário Titular, Dependente e Especial que havia sido excluído dos planos ofertados pelo CONTRATANTE (ficando determinado período sem cobertura de qualquer desses planos), solicita seu retorno a um ou mais planos ofertados pelo CONTRATANTE.

4.9.3.2. Regras de reinclusão:

4.9.3.2.1. Para Beneficiários Titulares e Dependentes:

- a) Reinclusão no plano de saúde 1: não haverá exigência de cumprimento de quaisquer períodos de carência;
- b) Reinclusão no plano de saúde 2: em qualquer hipótese haverá exigência de cumprimento de períodos de carência determinados pela ANS.

4.9.3.2.2. Para Beneficiários Especiais:

- a) Haverá exigência de cumprimento de períodos de carência determinados pela ANS quando ocorrer reinclusão em qualquer dos planos.

4.9.4. Em caso de rescisão ou cancelamento do contrato, e caso seja de interesse dos beneficiários permanecerem como clientes particulares da empresa CONTRATADA, esta deverá disponibilizar plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, ao universo de beneficiários interessados, que se responsabilizarão pelo pagamento direto, ficando assegurada a isenção de qualquer tipo de carência, observadas as seguintes regras:

- a) os beneficiários interessados, anteriormente inscritos no plano cancelado ou rescindido, deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após o cancelamento ou rescisão;
- b) o CONTRATANTE deverá informar ao beneficiário inscrito sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata a alínea “a” supra;
- c) os preços a serem praticados serão aqueles estipulados pela operadora, vigentes à época.

4.9.5. Os Beneficiários Dependentes e Especiais só poderão aderir ao plano de saúde se o Titular estiver inscrito no mesmo plano.

4.9.6 Os beneficiários poderão aderir a mais um de plano de saúde simultaneamente, porém, só haverá participação do TRT-3 no custeio de um destes planos, sendo o valor de custeio assumido pelo TRT-3 semelhante para qualquer dos planos escolhidos pelo beneficiário e a diferença suportada pelo magistrado/servidor.

4.10. Da remoção

4.10.1. A CONTRATADA deverá garantir a remoção no território nacional, em casos de urgência e de emergência, do local onde se encontra o paciente para o hospital de destino, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano de saúde, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação.

4.10.2. A CONTRATADA deverá oferecer serviço de remoção em ambulância, conforme indicação médica, inclusive dotada de CTI móvel, nos casos de urgência e emergência, sem limite de quantidade ou valor.

4.10.3. A CONTRATADA deverá oferecer serviço de remoção aérea em todo o território nacional, por meio de aeronaves devidamente equipadas para situações que exijam cuidados médicos imediatos e intensivos com risco de vida, exclusivamente por indicação médica, observando-se os seguintes aspectos:

- a) o diagnóstico e as condições gerais do paciente;
- b) o horário e local em que se encontra o paciente;

- c) os locais de pouso e condições meteorológicas;
- d) a distância, o tempo de remoção e a proximidade de recurso tecnicamente mais adequado.

4.10.4. O serviço de remoção aeromédica estará disponível continuamente, 24 (vinte e quatro) horas por dia, com o acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

4.10.5. A remoção aérea será efetuada, conforme indicação médica, exclusivamente do local onde se encontra o paciente para o hospital, em casos de urgência ou emergência.

4.10.6. Para continuidade do tratamento, conforme indicação médica, será garantido ao paciente a remoção aérea para hospital que ofereça a assistência necessária, desde que seja indispensável a indicação de transporte em estrutura de CTI e o quadro clínico permita a remoção.

4.10.7. O serviço de remoção aérea será de adesão obrigatória para todos os beneficiários, a partir da data de inclusão no plano de saúde, e será cobrado valor *per capita* apartado da mensalidade do plano de saúde.

4.10.7.1. Em nenhuma hipótese será permitido ao Beneficiário Titular, Dependente ou Especial permanecer no plano de saúde sem cobertura do serviço de remoção aérea.

4.10.7.2. Para a utilização do serviço de remoção aérea não será exigido cumprimento de período de carência.

4.11. Do posto interno de atendimento

4.11.1. A CONTRATADA deverá manter nas dependências do CONTRATANTE, em Belo Horizonte, uma unidade de posto interno de atendimento, durante horário comercial, destinado ao uso exclusivo dos beneficiários do plano de saúde do TRT-3, para fins de autorizações, internações, transcrição de procedimentos emitidos por médicos deste Tribunal ou terceiros particulares, esclarecimentos e quaisquer informações pertinentes à utilização dos serviços contratados.

4.11.2. O ônus para implantação, manutenção e operacionalização dos serviços oferecidos pelo posto interno de atendimento é da CONTRATADA.

4.12. Da participação de empresas na licitação

4.12.1. Participação de Cooperativas

4.12.1.1. Será admitida a participação de Cooperativas, observado o disposto no art. 16 da lei n. 14.133/2021.

4.12.2. Participação de Empresas Constituídas sob a forma de Consórcio

4.12.2.1. Não será admitida a participação de empresas constituídas sob a forma de Consórcio, vez que não existe regularização da Agência Nacional de Saúde Suplementar para planos operados em regime de consórcio.

4.12.3. Participação de Microempresas e Empresas de Pequeno Porte

4.12.3.1. Considerando o valor estimado da contratação e a necessidade de que os serviços oferecidos por cada plano de saúde sejam executados por uma única empresa, sob pena de prejuízo ao conjunto do objeto, não há que se falar em tratamento preferencial às microempresas e empresas de pequeno porte, nos termos da Lei Complementar n. 123/2006.

4.13. Da garantia da contratação

4.13.1. Será exigida a garantia da contratação de que tratam os arts. 96 e seguintes da Lei n. 14.133/2021, no percentual de 5% (cinco por cento) do valor contratual, conforme regras previstas no contrato.

4.13.2. A garantia nas modalidades caução e fiança bancária deverá ser prestada em até 10 (dez) dias após a assinatura do contrato.

4.13.3. No caso de seguro-garantia sua apresentação deverá ocorrer antes da data de assinatura do contrato.

4.13.4. A garantia prestada pela CONTRATADA será liberada ou restituída após a fiel execução do contrato ou após a sua extinção por culpa exclusiva da Administração e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente.

4.13.5. A garantia prestada deverá ser renovada a cada prorrogação contratual, nos moldes do art. 97 da Lei n° 14.133/2021, e complementada caso haja aumento do valor total do

ajuste, bem assim revisão ou repactuação do contrato resultando em aumento do seu valor, no prazo de até 10 (dias) úteis, contado da data em que se tornar exigível.

4.14. Da vistoria

4.14.1. Em razão do objeto, não há que se falar em vistoria pelos licitantes.

4.14.2. Todas as informações necessárias para o conhecimento do objeto estarão disponíveis no edital do certame e seus anexos.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. Das condições de execução

5.1.1. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

5.1.1.1. O início da execução do objeto será na data da assinatura do contrato.

5.1.1.2. Envio de relatórios, faturas e documentos fiscais eletrônicos referentes às despesas do mês de prestação de serviços, inclusive com as inclusões e exclusões de beneficiários.

5.1.1.2.1. A CONTRATADA deverá remeter relatórios das despesas e as Faturas Eletrônicas referentes aos beneficiários titulares, dependentes e especiais no primeiro dia útil do mês seguinte ao da competência que está sendo cobrada (item 1.3 "Formato do arquivo da fatura" do Anexo IV).

5.1.1.2.2. O CONTRATANTE comunicará à CONTRATADA o aceite, em até 2 (dois) dias úteis, após a conferência do relatório e da Fatura Eletrônica.

5.1.1.2.3. Em caso de erros na fatura, a CONTRATADA será comunicada, devendo proceder os ajustes em até 1 (um) dia útil.

5.1.1.2.4. A CONTRATADA emitirá e entregará os Documentos Fiscais em nome do CONTRATANTE, no prazo de 01 (um) dia útil após o aceite.

5.1.1.2.5. O CONTRATANTE promoverá, também, a consignação em folha de pagamento das despesas não subsidiadas.

5.1.1.2.6. As despesas não subsidiadas se referem às seguintes hipóteses:

- a) Parte da mensalidade de Beneficiários Titulares e Dependentes não subsidiada pelo CONTRATANTE;
- b) Valor integral da mensalidade dos Beneficiários Especiais;
- c) Parte do valor correspondente ao transporte aeromédico não subsidiada pelo CONTRATANTE;
- d) Coparticipação em consultas médicas.

5.1.1.2.7. Caso haja necessidade, o CONTRATANTE poderá solicitar antecipação do envio dos arquivos de faturamento.

5.1.1.3. A CONTRATADA emitirá Fatura Eletrônica com a relação individualizada de todas as despesas decorrentes de mensalidade, transporte aeromédico e coparticipações em consultas médicas previstas neste Termo para todos beneficiários. O formato a ser utilizado para geração da Fatura Eletrônica está definido no item 1.3 "Formato do arquivo da fatura" do Anexo IV.

5.1.1.4. O relatório eletrônico apresentará os valores relativos à movimentação do mês de competência da prestação dos serviços objeto do faturamento, compreendendo as despesas do valor da mensalidade *per capita*, transporte aeromédico e coparticipações previstas neste instrumento, inclusive com as datas de inclusões e exclusões, dos Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais, que será analisado pelo CONTRATANTE para apuração da conformidade.

5.2. Local da prestação dos serviços

5.2.1. A referência para a prestação dos serviços será o Núcleo de Plano de Saúde, localizado na Rua Desembargador Drumond, n. 41, 5º andar, bairro Serra, Belo Horizonte, CEP: 30220-030, podendo este local ser alterado para outro endereço do CONTRATANTE, em Belo Horizonte, a seu critério.

5.3. Informações relevantes para o dimensionamento da proposta

5.3.1. O valor proposto deverá ser cotado:

- a) Para os Beneficiários Titulares e Dependentes, deverá ser cotado o preço *per capita* mensal (um único preço, independentemente de faixa etária), de acordo com o plano contratado, observando-se as condições estatuídas neste instrumento;
- b) Para os Beneficiários Especiais deverá ser cotado o preço *per capita* por faixa etária, de acordo com o plano contratado, observando-se as condições estatuídas neste instrumento.
- c) Para os Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais, deverá ser cotado um valor mensal individual para o transporte aeromédico.

5.3.2. O custeio das mensalidades e do transporte aeromédico dos Beneficiários Titulares e Dependentes será arcado pelo TRT-3 e pelo magistrado/servidor, em proporção estabelecida pelo CONTRATANTE, sendo o pagamento da parcela do magistrado/servidor efetuado mediante consignação em folha de pagamento.

5.3.3. Para todas as modalidades de planos ofertadas pelo TRT-3, o valor que exceder ao valor *per capita* repassado pelo TRT-3 para o custeio do plano de assistência médico-hospitalar será arcado integralmente pelos magistrados e servidores, de acordo com a modalidade do plano de saúde escolhido.

5.3.4. Será de responsabilidade do Beneficiário Titular o custeio do preço *per capita* mensal por faixa etária estipulado para o plano contratado para os Beneficiários Especiais, bem como do transporte aeromédico desses beneficiários, sendo o pagamento efetuado mediante consignação em folha de pagamento.

5.3.5. O Beneficiário Titular que não conste da folha de pagamento do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região custeará as despesas do preço *per capita* mensal por faixa etária para os Beneficiários Especiais mediante Guia de Recolhimento da União, conforme Resolução nº 07/2009 do CSJT.

5.3.6. Será assegurado à CONTRATADA, a título de coparticipação em consulta médica, cobrar de todos os beneficiários um valor por consulta eletiva e por consulta em pronto atendimento.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei n. 14.133/2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.3. As comunicações entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.4. O CONTRATANTE poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o CONTRATANTE poderá convocar o representante da CONTRATADA para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da CONTRATADA, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

6.6. Atuará como gestor titular da contratação o(a) Secretário(a) de Saúde do TRT-3 e, em caso de sua ausência, seu substituto fixo perante o Tribunal.

6.6.1. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, II](#)).

6.6.2. O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, IV](#)).

- 6.6.3.** O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, III](#)).
- 6.6.4.** O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico e administrativo quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pela CONTRATADA, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, VIII](#)).
- 6.6.5.** O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o [art. 158 da Lei n. 14.133/2021](#), ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, X](#)).
- 6.6.6.** O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 21, VI](#)).
- 6.6.7.** O gestor do contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.
- 6.7.** A fiscalização técnica ficará a cargo do Chefe do Núcleo do Plano de Saúde, e, em caso de sua ausência, seu substituto fixo perante o Tribunal ([Lei n. 14.133/2021, art. 117, caput](#)).
- 6.7.1.** O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI](#)).
- 6.7.2.** O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados ([Lei n. 14.133/2021, art. 117, §1º](#), e [Decreto n. 11.246, de 2022, art. 22, II](#)).
- 6.7.3.** O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência,

para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 22, IV](#)).

6.7.4. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 22, V](#)).

6.8. A fiscalização administrativa ficará a cargo de servidores lotados no Núcleo do Plano de Saúde, designados pelo(a) Secretário(a) de Saúde do TRT-3.

6.8.1. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário ([Art. 23, I e II, do Decreto n. 11.246, de 2022](#)).

6.8.2. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 23, IV](#)).

6.8.3. O fiscal administrativo do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 22, VII](#)).

6.8.4. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal administrativo do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. ([Decreto n. 11.246, de 2022, art. 22, III](#)).

6.9. A CONTRATADA deverá manter preposto aceito pelo CONTRATANTE para representá-la na execução do contrato.

6.9.1. A indicação ou a manutenção do preposto da empresa poderá ser recusada pelo órgão ou entidade, desde que devidamente justificada, devendo a empresa designar outro para o exercício da atividade.

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

7.1. Do recebimento

7.1.1. Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de até 2 (dois) dias úteis, pelo Chefe do Núcleo do Plano de Saúde ou, em sua ausência, por seu substituto fixo perante o Tribunal, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo. ([Art. 140, I, a, da Lei n. 14.133](#) e [Arts. 22, X e 23, X, do Decreto n. 11.246, de 2022](#)).

7.1.1.1. O prazo da disposição acima será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda da CONTRATADA com a comprovação da prestação dos serviços a que se refere a parcela a ser paga.

7.1.1.2. O fiscal do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo ([Art. 22, X, do Decreto n. 11.246, de 2022](#) e [Art. 23, X, do Decreto n. 11.246, de 2022](#)).

7.1.1.3. Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à CONTRATADA, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

7.1.1.4. A CONTRATADA fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados.

7.1.1.5. A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no recebimento provisório. ([Art. 119 c/c art. 140 da Lei n. 14133, de 2021](#)).

7.1.1.6. O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos manuais e instruções exigíveis.

7.1.1.7. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7.1.1.8. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

7.1.2. Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento provisório, pelo gestor da contratação ou, em sua ausência, por seu substituto fixo perante o Tribunal, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

7.1.2.1. Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial, quando houver, no cumprimento de obrigações assumidas pela CONTRATADA, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações, conforme regulamento. ([art. 21, VIII, do Decreto n. 11.246, de 2022](#)).

7.1.2.2. Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções.

7.1.2.3. Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas.

7.1.2.4. Comunicar à CONTRATADA para que emita a nota fiscal ou fatura com o valor exato dimensionado pela fiscalização.

7.1.2.5. Enviar a documentação pertinente para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão.

7.1.3. No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do [art. 143 da Lei n. 14.133/2021](#), comunicando-se à CONTRATADA para emissão de nota fiscal no que pertine à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

7.1.4. Nenhum prazo de recebimento transcorrerá enquanto pendente a solução, pela CONTRATADA, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

7.1.5. O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

7.2. Da Liquidação e do Pagamento

7.2.1. Para fins de liquidação e pagamento, a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado deverá conter os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

- a) o prazo de validade;
- b) a data da emissão;
- c) os dados do contrato e do órgão Contratante;
- d) o período respectivo de execução do contrato;
- e) o valor a pagar; e
- f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

7.2.2. Satisfeitas as condições estabelecidas no Edital, o pagamento será creditado pelo CONTRATANTE, em nome da CONTRATADA, por meio de ordem bancária, em conta-corrente por ela indicada, ou por meio de ordem bancária para pagamento de faturas com código de barras:

- a) no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contado da data do recebimento definitivo, caso se trate de despesa cujo valor não ultrapasse o limite de que trata o inc. II do art. 75 da Lei n. 14.133/2021;

- b) no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contado da data do recebimento definitivo, caso se trate de despesa cujo valor ultrapasse o limite de que trata o inc. II do art. 75 da Lei n. 14.133/2021.

7.2.3. O pagamento, mediante a emissão de qualquer modalidade de ordem bancária, será realizado desde que a CONTRATADA efetue a cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, inclusive no que se refere às retenções tributárias.

7.2.4. O pagamento será feito em moeda nacional.

7.2.5. Considerar-se-á como data de pagamento o dia da emissão da ordem bancária.

7.2.6. Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa e o respectivo pagamento, estes ficarão sobrestados até que a CONTRATADA providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao CONTRATANTE.

7.2.7. A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta *on-line* ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no [art. 68 da Lei n. 14.133/2021](#).

7.2.7.1. O CONTRATANTE deverá realizar consulta ao SICAF para:

- a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;
- b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, que implique proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

7.2.7.2. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da CONTRATADA, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 30 (trinta) dias, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do CONTRATANTE.

7.2.7.3. Persistindo a irregularidade, o CONTRATANTE deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à CONTRATADA a ampla defesa.

7.2.7.4. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a CONTRATADA não regularize sua situação junto ao SICAF.

7.2.8. Ocorrendo atraso no pagamento, por motivo a que não tiver dado causa e para o qual não tenha contribuído a CONTRATADA, o CONTRATANTE, quando do respectivo pagamento, incidirá juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, apurados de forma simples e pro rata die, e, após decorridos mais de 30 (trinta) dias, atualizará o valor devido com base no índice mensal do IPCA/IBGE, *pro rata die*.

7.2.9. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pela CONTRATADA.

7.2.10. A CONTRATADA regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da [Lei Complementar n. 123, de 2006](#), não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

7.2.11. Os documentos fiscais exigidos no edital e no contrato, para fins de liquidação e pagamento de despesas, deverão ser juntados no portal SIGEO-JT-Execução (Sistema Integrado de Gestão Orçamentária e Financeira da Justiça do Trabalho), no qual a CONTRATADA deverá se cadastrar previamente ao envio da referida documentação.

7.2.11.1. Para acesso ao Sistema SIGEO-JT/Execução Financeira, deverá a CONTRATADA utilizar o seguinte link: Portal do Usuário: <https://portal.sigeo.jt.jus.br/portal-externo>.

7.2.11.2. Para demais orientações acerca do Sistema SIGEO-JT, a CONTRATADA deverá acessar o seguinte endereço: Manual de Ajuda: <https://sigeo.jt.jus.br/ajuda> (Fornecedores, Colaboradores e Credenciados da Saúde).

8. DO REAJUSTE

8.1. Os preços inicialmente contratados poderão ser reajustados, a pedido da CONTRATADA, observado o interregno mínimo de 1 (um) ano, com data-base vinculada à data do orçamento estimado (janeiro/2024), nos termos do art. 25, § 7º, da lei n. 14.133/2021, observados os seguintes critérios:

a) Caso a sinistralidade calculada para o período seja maior que 80% (oitenta por cento), o percentual de reajuste será calculado pela fórmula $IR = [(SC/80) - 1] * 100$, sendo:

a.1) IR: índice de reajuste; e,

a.2) SC: sinistralidade do contrato calculada para o período.

8.1.1. A sinistralidade deverá ser apurada pela divisão dos custos oriundos da utilização dos serviços pela receita correspondente ao mesmo período avaliado. As receitas e despesas deverão ser alocadas de acordo com o mesmo regime de apuração praticado pela CONTRATADA, seja o regime de caixa ou de competência.

8.1.2. O período de apuração da sinistralidade será:

8.1.2.1. Para o primeiro reajuste contratual: será considerada a sinistralidade do período entre a data da contratação e janeiro de 2025, pois a sinistralidade do contrato somente poderá ser aferida após o início de sua vigência.

8.1.2.2. Para os demais reajustes: será considerada a sinistralidade do período de 12 (doze) meses a contar de janeiro do ano anterior ao do ano do reajuste.

8.2. À CONTRATADA incumbirá a demonstração do cálculo da sinistralidade do plano de assistência à saúde e da memória do respectivo cálculo, como pré-requisito para o reajustamento dos preços.

8.3. Para averiguar a sinistralidade do contrato, o CONTRATANTE poderá solicitar relatório gerencial constando, no mínimo, os seguintes indicadores assistenciais:

a) número de consultas por beneficiário;

b) percentual das despesas assistenciais gastos com consulta;

- c) percentual das despesas assistenciais gastos com exames complementares e terapias;
- d) índice de internação hospitalar;
- e) custo médio de internação; e,
- f) percentual das despesas assistenciais gastos com internações hospitalares.

8.4. O percentual de reajuste será apurado da seguinte forma:

- a) Será aplicado índice percentual de reajuste único para os planos 1 e 2. Para o cálculo do índice de reajuste, a CONTRATADA deverá considerar os custos assistenciais e receitas de ambos os planos de forma conjunta.

a.i) A CONTRATADA deverá apresentar relatório detalhado em que conste o cálculo da sinistralidade separadamente por plano e o cálculo da sinistralidade considerando ambos os planos em conjunto.

8.5. A eventual alteração de preço em decorrência de desequilíbrio econômico-financeiro do contrato só será examinada mediante apresentação de documentos que comprovem, de forma inequívoca, a alteração da relação encargos/retribuição inicialmente pactuada.

8.6. Deverá o gestor da contratação promover negociação com a CONTRATADA com vistas à obtenção de condição mais vantajosa.

9. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

9.1. Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

9.1.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento pelo menor preço global anual do grupo, observados os valores unitários e totais estimados, para o grupo único, que engloba os planos 1 e 2.

9.1.2. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta, deverá ser de:

TABELA 6 - INTERVALO MÍNIMO ENTRE LANCES	
GRUPO ÚNICO	
ITEM 1: PLANO DE SAÚDE 1 Abrangência geográfica: no mínimo, estadual em Minas Gerais para atendimentos eletivos e abrangência geográfica nacional para atendimentos de urgência/emergência	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Intervalo mínimo	
R\$ 150.000,00	
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Intervalo mínimo
0 a 18 anos	R\$ 15.400,00
19 a 23 anos	R\$ 5.200,00
24 a 28 anos	R\$ 6.700,00
29 a 33 anos	R\$ 6.600,00
34 a 38 anos	R\$ 4.800,00
39 a 43 anos	R\$ 4.000,00
44 a 48 anos	R\$ 2.400,00
49 a 53 anos	R\$ 1.500,00
54 a 58 anos	R\$ 1.600,00
a partir de 59 anos	R\$ 43.000,00
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)	
Intervalo mínimo	
R\$ 1.300,00	

ITEM 2: PLANO DE SAÚDE 2	
Abrangência geográfica nacional para atendimentos eletivos e de urgência/emergência	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Intervalo mínimo	
R\$ 9.500,00	
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Intervalo mínimo
0 a 18 anos	R\$ 1.100,00
19 a 23 anos	R\$ 285,00
24 a 28 anos	R\$ 300,00
29 a 33 anos	R\$ 200,00
34 a 38 anos	R\$ 100,00
39 a 43 anos	R\$ 40,00
44 a 48 anos	R\$ 70,00
49 a 53 anos	R\$ 130,00
54 a 58 anos	R\$ 60,00
a partir de 59 anos	R\$ 3.000,00
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)	
Intervalo mínimo	
R\$ 70,00	
Intervalo mínimo para o ITEM 1: R\$ 242.500,00	
Intervalo mínimo para o ITEM 2: R\$ 14.855,00	
Intervalo mínimo para o GRUPO ÚNICO: R\$ 257.355,00	

9.1.3. O modo de disputa será aberto.

9.1.4. O valor estimado pelo TRT3 não será divulgado junto com o edital e será considerado o valor máximo aceitável no julgamento das propostas.

9.2. Qualificação Técnica

9.2.1. A Qualificação Técnica Operacional deverá ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

9.2.1.1. Atestado(s) e/ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove que o LICITANTE prestou ou vem prestando, a contento, serviços de assistência à saúde, compatível com o objeto da presente licitação.

- a) Serão considerados serviços compatíveis com os previstos nesta contratação aqueles que abrangem serviços de assistência médica, hospitalar, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento prestados, concomitantemente, a um contingente mínimo de 50% dos beneficiários previstos para cada tipo de plano neste Termo de Referência, por no mínimo 01 (um) ano e em acomodação em apartamento. Este número está de acordo com a qualificação técnica preconizada pelo Tribunal de Contas da União e pela lei 14.133/2021.
- b) Será admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, a apresentação e o somatório de diferentes atestados executados de forma concomitante.
- c) O(s) atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica deverá(ão) se referir a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal, especificada no contrato social registrado no órgão competente.
- d) O(s) atestado(s) de capacidade técnica poderá(ão) ser apresentado(os) em nome da matriz ou da filial do fornecedor.
- e) O LICITANTE disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade do(s) atestado(s), apresentando,

quando solicitado pelo CONTRATANTE, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

- f) O(s) atestado(s) deverá(ão) conter, no mínimo, os seguintes requisitos: papel timbrado do emitente, razão social, CNPJ, endereço completo e telefone do emitente, razão social da licitante, número, vigência e objeto do contrato, declaração de que os requisitos do contrato foram atendidos, local e data de emissão do atestado.

9.2.1.2. Comprovação de autorização de funcionamento ou cadastro provisório, válidos, e o registro de seus produtos na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de acordo com o disposto no art. 9.º, incisos I e II c/c art. 19 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

9.2.1.3. Declaração de que o LICITANTE possui os requisitos da contratação previstos neste Termo de Referência, inclusive quanto à capacidade de atendimento aqui exigida.

9.2.1.3.1 Caso haja dúvidas sobre a qualificação técnica da rede credenciada, um representante do CONTRATANTE, acompanhado de um representante do LICITANTE, poderá realizar visita técnica em hospitais credenciados para conferir, *in loco*, a capacidade de atendimento de leitos apartamentos, CTI, especialidades atendidas, e documentação do Credenciado, como Alvará da ANVISA e Certificado ONA, entre outros.

9.2.2 Para a comprovação da Qualificação Técnica Profissional, deverá ser designado responsável técnico contendo:

- a) Cópia do registro deste no Conselho Regional de Medicina;
- b) Prova do vínculo com a empresa, por meio de: cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS ou cópia do Contrato Social, no caso do profissional responsável ser diretor ou sócio da empresa ou, ainda, contrato de prestação de serviços ou declaração de contratação futura do profissional responsável acompanhada da anuência desse.

10. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

10.1. O custo estimado da contratação, Anexo II deste Termo de Referência, possui caráter **sigiloso** e será tornado público apenas e imediatamente após o julgamento das propostas.

10.2. A Diretoria de Administração, tão logo receba o processo de contratação em pauta, deverá colocá-lo em caráter sigiloso, podendo ser acessado apenas pelas unidades em que deverá tramitar até o julgamento das propostas.

11. DA PLANILHA DE FORMAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS

11.1. O valor global (mensal e anual) ofertado deverá ser apurado conforme planilhas constantes no Anexo III deste Termo de Referência.

11.2. A coparticipação em consultas terá os seguintes valores fixos e não poderão ser alterados pelo licitante:

11.2.1 GRUPO ÚNICO:

TABELA 7 - VALORES PARA COPARTICIPAÇÃO EM CONSULTAS	
ITEM 1 - GRUPO ÚNICO - PLANO DE SAÚDE 1 Abrangência geográfica: no mínimo, estadual, em Minas Gerais para atendimentos eletivos; e abrangência geográfica nacional para atendimentos de urgência/emergência	
Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$ 49,00
Pronto atendimento / pronto socorro	R\$ 52,00
ITEM 2 - GRUPO ÚNICO: PLANO DE SAÚDE 2 Abrangência geográfica nacional para atendimentos eletivos e de urgência/emergência	
Tipo de consulta	Preço por consulta
Eletiva	R\$ 52,00
Pronto atendimento / pronto socorro	R\$ 56,00

11.3. Para o preenchimento da planilha de formação de preços, deverão ser levados em consideração os quantitativos estimados detalhados na tabela abaixo:

11.3.1. Os planos de saúde deverão ser ofertados independentemente da quantidade de beneficiários inscritos.

TABELA 8 - ESTIMATIVA DE QUANTITATIVOS PARA CONTRATAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE	
GRUPO ÚNICO	
ITEM 1: PLANO DE SAÚDE 1 Abrangência geográfica: no mínimo, estadual em Minas Gerais para atendimentos eletivos e abrangência geográfica nacional para atendimentos de urgência/emergência	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	2
24 a 28 anos	58
29 a 33 anos	202
34 a 38 anos	639
39 a 43 anos	1.122
44 a 48 anos	969
49 a 53 anos	845
54 a 58 anos	1.106
a partir de 59 anos	3.462
Total de beneficiários Titulares e Dependentes: 8.405	

BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	2.265
19 a 23 anos	640
24 a 28 anos	664
29 a 33 anos	529
34 a 38 anos	344
39 a 43 anos	279
44 a 48 anos	134
49 a 53 anos	74
54 a 58 anos	64
a partir de 59 anos	1.059
Total de beneficiários Especiais: 6.052	
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)	
Total de beneficiários: 14.457	
ITEM 2: PLANO DE SAÚDE 2	
Abrangência geográfica nacional para atendimentos eletivos e de urgência/emergência	
BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	0
19 a 23 anos	0
24 a 28 anos	18

29 a 33 anos	36
34 a 38 anos	81
39 a 43 anos	89
44 a 48 anos	51
49 a 53 anos	31
54 a 58 anos	33
a partir de 59 anos	118
Total de beneficiários Titulares e Dependentes: 457	
BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS	
Faixa etária	Quantidade estimada
0 a 18 anos	130
19 a 23 anos	28
24 a 28 anos	24
29 a 33 anos	13
34 a 38 anos	6
39 a 43 anos	2
44 a 48 anos	3
49 a 53 anos	5
54 a 58 anos	2
a partir de 59 anos	59
Total de beneficiários Especiais: 272	
TRANSPORTE AEROMÉDICO (Beneficiários Titulares, Dependentes e Especiais)	
Total de beneficiários: 729	

11.3.2. A distribuição da estimativa dos beneficiários por município encontra-se no Anexo I deste Termo de Referência.

12. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

12.1. Fornecer aos beneficiários, quando for o caso, autorizações para consultas, intervenções, internações, etc, bem como carteira de identificação para utilização dos serviços e Guia de Serviços.

12.1.1. A emissão de quaisquer vias das carteiras de identificação, quando for o caso, bem assim o seu envio, não implicará custos para o CONTRATANTE e seus beneficiários.

12.1.2. A emissão e o envio de documentos para utilização dos serviços prestados pela CONTRATADA não implicarão custos para o CONTRATANTE e seus beneficiários.

12.2. Encaminhar ao CONTRATANTE, em até 05 (cinco) dias corridos, a contar da data da movimentação, constante do quadro do subitem 4.8.6, a carteira de identificação do beneficiário, nova ou segunda via, quando for o caso.

12.3. Manter o mínimo de rede de atendimento própria, credenciada, cooperada ou referenciada por localidade, conforme exigido neste Termo de Referência.

12.4. Possuir meios próprios para invalidar carteiras de identificação, quando canceladas, extraviasadas ou quando da rescisão do contrato. O Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região não se compromete a devolver as carteiras de identificação entregues aos seus beneficiários.

12.5. Cumprir demais obrigações constantes neste instrumento e, ainda, manter, durante a execução do contrato, as condições que ensejaram a sua contratação.

12.6. A CONTRATADA deverá manter nas dependências do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região, no edifício da Rua Desembargador Drumond, 41, 5º andar, bairro Serra, Belo Horizonte, CEP: 30220-030, uma unidade de posto interno de atendimento, durante horário comercial, destinado ao uso exclusivo dos beneficiários do contrato, para fins de autorizações, internações, transcrição de procedimentos emitidos por médicos deste Tribunal ou terceiros particulares, esclarecimentos e quaisquer informações pertinentes à utilização dos serviços contratados, nos termos deste instrumento.

12.6.1. O ônus para implantação, manutenção e operacionalização dos serviços oferecidos pelo posto interno de atendimento será da empresa CONTRATADA.

12.6.2. O endereço do posto interno de atendimento poderá ser alterado, a critério do CONTRATANTE, para outra unidade do TRT-3 localizada em Belo Horizonte.

12.7. Assegurar aos beneficiários o reembolso integral das despesas, de acordo com condições contidas neste Termo, efetuadas com consultas, exames, honorários médicos, serviços hospitalares, medicamentos e materiais utilizados, durante o período de internação bem como as demais taxas hospitalares, realizadas dentro do território nacional, em local que não disponha de rede médico-hospitalar, laboratorial, e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, depois de exauridas as hipóteses previstas na Resolução Normativa ANS nº. 566 de 29/12/2022 e na legislação vigente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos a contar da data da protocolização do pedido na CONTRATADA.

12.8. Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pelo CONTRATANTE, em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do apontamento, sob pena de incorrer em inexecução do contrato.

12.9. Garantir, quando da assinatura do contrato, a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior contratada aos beneficiários em tratamento ambulatorial/hospitalar/domiciliar, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

- a) pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à nova CONTRATADA a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados;
- b) pacientes em internações domiciliares: deverão continuar nesta situação, mesmo sem ser de cobertura obrigatória pela Resolução Normativa ANS nº 465, de 24/02/2021, até a alta domiciliar ou óbito. Caso o beneficiário seja transferido para instituições hospitalares devido a agravamento ou complicações do caso, após a alta hospitalar, ele terá garantida a continuidade de internação domiciliar, se for o caso.

12.10. Assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, via terrestre, dentro dos limites estabelecidos pela Resolução Normativa ANS nº 566 de 29/12/2022.

12.11. Não se valer do contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços

prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização do CONTRATANTE.

12.12. Garantir o acesso direto do beneficiário à rede credenciada, sem a utilização de sistema de porta de entrada ou triagem, no qual o beneficiário seria obrigado a passar por um primeiro atendimento em uma determinada clínica ou médico, para só depois ter acesso à rede credenciada.

12.13. A CONTRATADA se compromete a disponibilizar, a qualquer momento que o Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região solicitar, os dados de utilização assistencial dos beneficiários para auditoria médica, podendo o CONTRATANTE realizar consultoria técnica nos dados assistenciais dos beneficiários, a qualquer momento.

12.14. O licitante que arrematar o grupo deverá indicar, na data da assinatura do contrato, nome e telefone do profissional que atuará como preposto e seu substituto, para orientar a execução dos serviços, bem como manter contato com os fiscais do CONTRATANTE, solicitando as providências que se fizerem necessárias ao bom cumprimento de suas obrigações, recebendo as reclamações daquele e, por consequência, tomando todas as medidas cabíveis para a solução das falhas detectadas.

12.17. Comunicar imediatamente quaisquer irregularidades que possam comprometer a eficiência, responsabilidade e qualidade dos serviços, dando ciência ao gestor do Contrato, por escrito, para a adoção das providências cabíveis.

12.18. Prestar, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da solicitação, as informações e os esclarecimentos solicitados pelo Fiscal do Contrato, cujas reclamações se obrigam prontamente a atender, salvo por motivo justo e comprovadamente alheio à vontade da CONTRATADA.

12.19. Manter, durante a vigência do contrato, todas as condições de habilitação para contratar com a Administração Pública, apresentando, no que couber e sempre que solicitado, os documentos que comprovem as condições inerentes à habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico/financeira e regularidade fiscal e trabalhista, em consonância com a legislação vigente.

12.20. Fornecer, em até 5 (cinco) dias úteis, contados da assinatura do contrato, o endereço da matriz, filial ou escritório, bem como os números de telefone comercial fixo e telefone móvel e endereço eletrônico (e-mail), por meio do qual deverá se dar toda e qualquer comunicação entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA.

12.21. Enviar o faturamento dos serviços prestados, nos termos do disposto neste Termo de Referência.

12.22. Os documentos fiscais exigidos no edital e no contrato, para fins de liquidação e pagamento de despesas, deverão ser juntados no portal SIGEO-JT-Execução (Sistema Integrado de Gestão Orçamentária e Financeira da Justiça do Trabalho), no qual a Contratada deverá se cadastrar previamente ao envio da referida documentação.

12.23. Para acesso ao Sistema SIGEO-JT / Execução Financeira, deverá a CONTRATADA utilizar o seguinte link: Portal do Usuário: <https://portal.sigeo.jt.jus.br/portal-externo>. Para demais orientações acerca do Sistema SIGEO-JT, a Contratada deverá acessar o seguinte endereço: Manual de Ajuda: <https://sigeo.jt.jus.br/ajuda> (Fornecedores, Colaboradores e Credenciados da Saúde).

12.24. Além da juntada das notas fiscais no SIGEO-JT, a CONTRATADA deverá encaminhar a documentação condicionante para pagamento, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, a contar da autorização para emissão do documento fiscal.

12.25. É de obrigação da CONTRATADA juntar documentos condicionantes ao pagamento da nota fiscal, que porventura sejam solicitados pelo Tribunal, além de aderir às novas funcionalidades do Sistema que venham a ser criadas durante a vigência do contrato.

13. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

13.1. Acompanhar a execução dos trabalhos desenvolvidos pela CONTRATADA, bem assim questionar quaisquer eventualidades que desvirtuem o caráter intrínseco dos mesmos.

13.2. Disponibilizar à CONTRATADA informação necessária à execução do objeto do contrato, sempre que solicitada.

13.3. Encaminhar informação, conforme subitem 4.8.6 deste instrumento, contendo relação de inclusões e exclusões de beneficiários para emissão ou cancelamento da carteira de identificação ou, quando houver necessidade, para confecção da 2ª via, quando for o caso.

13.4. Efetuar os pagamentos nas datas e condições acordadas.

13.4.1. Toda execução será paga exclusivamente a partir dos valores estabelecidos na contratação.

13.4.2. Valores que excederem ao valor *per capita* repassado pelo TRT-3 serão custeados integralmente pelos magistrados e servidores, com desconto direto na folha de pagamento.

13.5. Fornecer atestados de capacidade técnica, quando solicitados.

13.6. Verificar o cumprimento de normas referentes à Política de Sustentabilidade do Tribunal (PLS – TRT3).

14. DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

14.1. Garantida a ampla defesa e o contraditório, à CONTRATADA poderão ser aplicadas, cumulativamente, as penalidades previstas na Lei n. 14.133/2021 e as constantes deste Termo de Referência, a saber:

14.1.1. Multa moratória de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento) por dia de atraso, calculada sobre o valor do fornecimento ou serviço em atraso, a ser aplicada na hipótese de atraso injustificado de até 30 (trinta) dias no cumprimento dos prazos previstos neste Instrumento;

14.1.2. Multa por inexecução contratual parcial de 10% (dez por cento), calculada sobre o valor total da parcela inadimplida, a ser aplicada na hipótese de atraso injustificado superior a 30 (trinta) dias;

14.1.3. Multa por inexecução contratual parcial, até o máximo de 15% (quinze por cento), calculada sobre o valor total do contrato, conforme a gravidade da infração, a ser aplicada para as demais hipóteses de inexecução contratual;

14.1.4. Multa por inexecução contratual total, até o máximo de 20% (vinte por cento), calculada sobre o valor total do contrato, a ser aplicada para a hipótese de rescisão contratual por culpa da CONTRATADA.

14.2. As penalidades pecuniárias descritas neste Instrumento poderão ser descontadas dos pagamentos devidos à CONTRATADA.

14.2.1. Os atrasos não comunicados ao tempo da ocorrência do fato impeditivo do cumprimento da obrigação, e não devidamente fundamentados, serão considerados como injustificados, ficando a critério do CONTRATANTE a aceitação das justificativas apresentadas.

15. PREVISÃO DA CONTRATAÇÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL

15.1. A contratação proposta corresponde ao item 136 do Plano de Contratações Anual de 2024⁶ deste Tribunal.


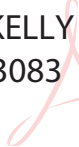





16. VINCULAÇÃO DA CONTRATAÇÃO AO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

16.1. A contratação proposta está alinhada ao Plano Estratégico do TRT3 para o período de 2021 a 2026 elaborado pela Gestão de Governança e Estratégia deste Tribunal com a estratégia organizacional “Incrementar modelo de gestão de pessoas em âmbito regional”. A demanda está alinhada ao objetivo estratégico OE9-Meta 12 (CSJT) - Promover a saúde de magistrados e servidores.

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2024.

ASSINATURA DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO:

Setor Requisitante:	Secretaria de Saúde (SES)	
Responsável:	Fabiana de Oliveira Vasconcelos - Secretária de Saúde	Fabiana de Oliveira Vasconcelos:30835757 757  Assinado de forma digital por Fabiana de Oliveira Vasconcelos:30835757 Dados: 2024.03.01 12:04:05 -03'00'
Integrante demandante:	Adriano Alves Martins - Chefe do Núcleo de Plano de Saúde	 Documento assinado digitalmente ADRIANO ALVES MARTINS Data: 01/03/2024 11:08:40-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br
Integrantes Técnicos:	Adriano Alves Martins - Chefe do Núcleo de Plano de Saúde	 Documento assinado digitalmente ADRIANO ALVES MARTINS Data: 01/03/2024 11:12:40-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

	<p>Rodner Rodrigues Madureira de Almeida - Assessor Técnico da Secretaria de Saúde</p>	<p>Documento assinado digitalmente  RODNER RODRIGUES MADUREIRA DE ALMEIDA Data: 01/03/2024 10:45:41-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>
<p>Integrantes Administrativos:</p>	<p>Ana Elisa Ribeiro Ramim - Analista Judiciário do TRT-MG</p>	
	<p>Bianca Kelly Chaves - Diretora de Gestão de Pessoas</p>	<p>BIANCA KELLY CHAVES:30833715  Assinado de forma digital por BIANCA KELLY CHAVES:30833715 Dados: 2024.03.01 16:03:58 -03'00'</p>
	<p>Clara Angélica Vieira Passos Rocha - Assessora Técnica da Assessoria de Projetos e Contratações Especiais</p>	<p>Documento assinado digitalmente  CLARA ANGELICA VIEIRA PASSOS ROCHA Data: 01/03/2024 14:12:41-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>
	<p>Christiane Nogueira de Podestá - Servidora da Diretoria de Gestão de Pessoas</p>	<p>Documento assinado digitalmente  CHRISTIANE NOGUEIRA DE PODESTA Data: 01/03/2024 12:28:09-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>
	<p>Fernando Almeida Mizobuti - Servidor da Diretoria de Orçamento e Finanças</p>	<p>Documento assinado digitalmente  FERNANDO ALMEIDA MIZOBUTI Data: 01/03/2024 10:53:48-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>
	<p>Graciele Tibo Barbosa Lima - Assessora Técnica da Assessoria de Projetos e Contratações Especiais</p>	<p>Documento assinado digitalmente  GRACIELE TIBO BARBOSA LIMA Data: 01/03/2024 13:54:57-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>
	<p>Walter Augusto de Matos - Secretário de Planejamento, Execução Orçamentária e Contabilidade</p>	<p>Documento assinado digitalmente  WALTER AUGUSTO DE MATOS Data: 01/03/2024 15:49:47-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</p>