



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1 DO OBJETO

1.1 O objeto do presente instrumento é a contratação de pessoa jurídica especializada na prestação de serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar e auxiliares de diagnóstico e terapia, com obstetrícia, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, que apresentam sua codificação na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através de Plano de Saúde, de abrangência nacional, a todos os membros e servidores do TJPA, ativos e inativos, bem como aos respectivos dependentes, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidos pelo plano por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados.

1.2 A prestação dos serviços de assistência médica e hospitalar será disciplinada pelo contrato e pelos termos deste instrumento, e em conformidade com a legislação em vigor, em especial com a Lei nº 9.656/98 e as regulamentações complementares, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, assim como no art. 170 da Lei nº 5.810/94.

1.2.1 O regime de execução do presente instrumento será por meio de contratação coletiva empresarial em regime contributivo, entendendo-se como tal, aquele que, embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de servidores com a alternativa de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

1.3 Conforme o disposto na Lei nº 9.656/98, poderão participar desta contratação as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos privados de assistência à saúde e que para contratarem deverão disponibilizar os seguintes serviços¹: a) plano de abrangência em todo o território nacional; b) consultas médicas; cirurgias; serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares, de terapia e remoções; c) serviços de urgência e emergência; d) centro de diagnósticos por imagem; e) serviço de *home care*/atendimento domiciliar; f) rede credenciada há pelo menos 1 (um) ano com os maiores hospitais, clínicas e laboratórios de reconhecimento público e; g) apresentar programa de responsabilidade social;

1.4 A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria da CONTRATADA ou por terceiros por ela credenciados, legalmente habilitadas, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios, etc, devendo reembolsar beneficiários das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

1.5 Todos os planos oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes.

1.6 Para fins da contratação, entende-se como operadora de plano de assistência à saúde, a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opere plano privado de assistência à saúde possuidora dos serviços descritos no item 1 e tenha registro na ANS.

1.7 A prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar a todos os servidores do TJPA, ativos e inativos, bem como aos respectivos dependentes são serviços caracterizados como continuados eis que auxiliares e necessários à Administração para o

¹ As presente condições estão em consonância com as Leis Estaduais nº 6.484/2002 e 6.871/2006, assim como de acordo com as Resoluções editadas pelo Órgão Especial e pelo Pleno deste TJE, os quais disciplinam as formas de assistência, restrições, limites, prazos e demais condições que deverão ser atendidos pelo Plano de Saúde Privado de Grupo, de modo a viabilizar o procedimento seletivo público para a respectiva escolha, bem como diminuir custos e otimizar o uso por parte dos usuários.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

desempenho de suas atribuições, cuja interrupção compromete a continuidade de suas atividades, e cuja contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro.

2. DA JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1 O Tribunal de Justiça do Estado do Pará deve garantir assistência à saúde a todos os magistrados e servidores, ativos e inativos, bem como aos seus respectivos dependentes, por meio da prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, caracterizados como continuados, eis que auxiliares e necessários à Administração para o desempenho de suas atribuições, cuja interrupção compromete a continuidade de suas atividades. Assim, oferecer tais condições é fator diferencial na qualidade de vida dos seus colaboradores e propicia a tranquilidade necessária para o bom desenvolvimento das atividades laborais, favorecendo baixo índice de absenteísmo. Logo, oferecer um plano de saúde adequado, além de contribuir para a preservação da saúde dos magistrados e servidores, é um incentivo a mais na manutenção da motivação e comprometimento do quadro do Tribunal, além de minimizar os fatores de riscos, que podem levar o empregado ao afastamento do desempenho de suas funções.

3. DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Serão considerados beneficiários titulares todos os membros e servidores, ativos e inativos, do Poder Judiciário do Estado do Pará, nos termos da Lei nº 6.484 de 18.09.2002 e da Lei nº 6.871 de 22.06.06, conforme relação a ser fornecida pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará, dentre as seguintes categorias:

- a) Desembargadores, Juízes e Pretores, ativos e inativos;
- b) Servidores e serventuários titulares de cargo efetivos, ativos e inativos, os estáveis, os ocupantes exclusivamente de cargos em comissão, de livre nomeação e exoneração, os ocupantes de funções temporárias e os servidores cedidos;

3.2 É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar de que tratam este instrumento.

3.3 Caberá ao TJPA encaminhar à CONTRATADA, até o 10º (décimo) dia do mês, as solicitações de adesão e exclusão dos beneficiários, sendo que a data a ser considerada com o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência será o 1º (primeiro) dia do mês seguinte, exceto se a solicitação for encaminhada após o dia 10 (dez) do mês corrente, situação na qual o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência será o 1º (primeiro) dia do mês subsequente.

3.3.1 Em caso de solicitação de exclusão, o TJPA poderá comprovar a situação mediante a apresentação do respectivo ato ou portaria de desligamento, publicado no Diário da Justiça.

3.4 Caberá ao TJPA a exibição de documentos que comprovem o vínculo do servidor, ativo ou inativo, com o Poder Judiciário, e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o servidor ativo ou inativo, quando solicitados pela CONTRATADA.

3.5 A adesão dos beneficiários titulares será feita mediante requerimento através de SIGA DOC ou, presencialmente, no Setor de Atendimento ao Plano de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

3.5.1 As inclusões, alterações de dados e 2ª (segunda) via de cartão, serão feitas pelo titular do plano, através de requerimento por SIGA DOC ou, presencialmente, no caso de servidor aposentado, no Setor de Atendimento ao Plano de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas.

3.6 Os beneficiários titulares poderão solicitar sua exclusão voluntária do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante requerimento através de SIGA DOC ou, presencialmente, no Setor de Atendimento ao Plano de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas.

3.7 A exclusão do servidor titular implicará imediatamente na exclusão de todos os seus dependentes.

3.8 As exclusões compulsórias do Plano de Assistência à Saúde Suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) vacância ou qualquer hipótese que implique em saída da folha de pagamento do cargo ou emprego;
- c) licença sem vencimentos;
- d) decisão administrativa ou judicial;
- e) fraude ou inadimplência e;
- f) outras situações previstas em Lei.

3.9 No caso de licença sem vencimentos ou outro afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença ou afastamento, o respectivo custeio das despesas, através de GDR (Guia de Devolução e Ressarcimentos), emitida diretamente no site do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, observado, supletivamente, o disposto no artigo 183, §3º da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

3.10 O servidor excluído do plano tem o prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da exclusão para firmar um novo compromisso particular com a contratada, sem as devidas carências.

3.10.1 Ocorrendo vacância do cargo do servidor, em virtude de exoneração, aplicam-se as disposições constantes da RN nº 279/2011-ANS, bem como os ditames da Lei nº 9.656/98, com as alterações promovidas pela Medida Provisória nº 2.177-44/2001, observando-se, quanto ao direito de manutenção, os prazos, regras, pagamentos e condições previstas.

3.11 Caberá ao TJPA solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários deste plano empresarial de assistência à saúde.

3.11.1 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do TJPA, nas hipóteses de fraude ou por perda de vínculo do titular, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

3.12O TJPA obriga-se a comunicar à CONTRATADA todo tipo de evento que implique na perda de direito, de qualquer beneficiário, inclusive a falta de margem consignável do beneficiário titular.

3.13O TJPA não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pela CONTRATADA, nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

4 DOS DEPENDENTES

4.1 São usuários dependentes, em relação ao usuário titular, de acordo com as Resoluções nº 017/2005-GP, nº 001/2006-GP e nº 019/2012-GP, e Lei nº 6.484/02 e nº 6.871/06 e alterações posteriores:

- a) o cônjuge na constância do casamento, o(a) convivente na constância da união estável, na forma da lei;
- b) os filhos solteiros, não emancipados, menores de 18 (dezoito) anos, ou que estejam cursando o ensino fundamental, médio ou superior em instituição de ensino devidamente reconhecida pelo Ministério de Educação até 24 anos de idade;
- c) os filhos solteiros, maiores, comprovadamente inválidos ou absolutamente incapazes, declarados por decisão judicial ou avaliados por Junta médica do TJE-PA;
- d) o enteado nas mesmas condições elencadas para os filhos e o menor sob guarda, por força de decisão judicial, e;
- e) os pais, na falta de dependentes das outras classes, desde que percebam renda até 02 (dois) salários mínimos (art. 6º, V, da Lei Complementar nº 39/02)

4.1.1 - É assegurada a inclusão do recém nascido, filho natural do usuário titular, bem como do adotado, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, contanto que, simultaneamente, esteja previsto no plano o atendimento obstétrico e o parto tenha sido ou pudesse ter sido coberto pela Prestadora de Serviço de Plano de Saúde.

4.1.2 - Para efeito da comprovação da união estável prevista na alínea “a”, do item 3.1., deve ser apresentada a competente Escritura Pública de União Estável.

4.1.3 - Para fins de comprovação da alínea “e”, do item 3.1, necessário o cumprimento da Instrução Normativa RFB nº 1548/2015 e alterações posteriores, pelo que deverá o usuário titular apresentar a declaração do imposto de renda do presente exercício, onde conste(m) o(s) ascendente(s) como seu(s) dependente(s).

4.1.4 - É garantida a inclusão do(s) ascendente(s) quando o(s) dependente(s) de outras classes não integrarem o plano.

4.1.5 - Cessará a dependência em relação aos ascendentes, caso o usuário titular venha a contrair matrimônio e/ou união estável e promover a inclusão do cônjuge no plano de saúde.

4.2 - A adesão dos beneficiários dependentes será feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante requerimento através de SIGA DOC ou presencialmente no Setor de Atendimento ao Plano de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas, observados os documentos necessários constantes do Informativo distribuído pelo Serviço de Atendimento ao Plano de Assistência à Saúde.

5. DOS AGREGADOS

5.1 É vedada a inclusão de agregados no contrato coletivo por adesão.

6 DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1 A CONTRATADA arcará com o custo assistencial das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), relativos aos atendimentos ambulatoriais,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos do TJPA vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11, 12 e 13, de 1998.

A – DO ATENDIMENTO DOMICILIAR na modalidade Home Care, conforme expressa solicitação médica, atendendo os critérios dispostos no art. 14 da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017;

B – DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA - remoção nos estados de urgência e emergência domiciliar e inter-hospitalar;

C – DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

6.2 A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos na Lei 9.656, de 3 junho de 1998, no Rol de Procedimentos e eventos em saúde, observada a seguinte abrangência:

6.2.1 cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

6.2.2 cobertura de serviços apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

6.2.3 cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, quando em cumprimento de carências;

6.2.4 cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, incluindo os casos de obstetria;

6.2.5 cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação sem carência para a segmentação hospitalar. Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o usuário quando efetivados todos os procedimentos e recursos necessários para garantir a vida e saúde do Usuário;

6.2.6 a psicoterapia de crise (codificada no CID-10), entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

6.2.7 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- quimioterapia ambulatorial;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

- radioterapia (megavoltagem), cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
- hemoterapia ambulatorial;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

6.2.8 o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

D - DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

6.3 Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos usuários, em quarto privativo/padrão apartamento, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares, previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde:

6.3.1 cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

6.3.2 cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

6.3.3 cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, e alimentação, exceto em caráter particular;

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

6.3.5 cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, desde que comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

6.3.6 cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, parturientes e deficientes físicos, se não contraindicado pelo médico;

6.3.7 cobertura de assistência médica através de médicos credenciados, contratados e referenciados;

6.3.8 alimentação específica ou normal, prescrita pelo médico assistente, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;

6.3.9 acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

6.3.10 cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

6.3.11 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

6.3.12 A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, e que estejam causando problemas funcionais, decorrido o prazo de carência.

6.3.12.1 Também estará coberta a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

6.3.13 Os transplantes de medula óssea (TMO), córnea e rim estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

6.3.13.1 Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica estará coberto desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, devendo a operadora seguir os critérios estabelecidos pelo Governo Federal.

6.3.14 Em regime hospitalar, estão cobertas as internações de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, de acordo com as diretrizes abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, conforme determina a Lei 9.656/98 e suas Resoluções:

- a) o custeio integral, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias de internação, pelo prazo de 12 (doze) meses de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

6.3.14.1 Além da cobertura especificada acima na alínea 'a', o usuário poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

E – DO ATENDIMENTO OBSTETRICO

6.4 A cobertura deste capítulo compreende a segmentação obstétrica, acrescido dos procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto, esta após o cumprimento do período de carência de 300 (trezentos) dias.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por esta segmentação, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a prestar serviço de urgência e emergência.

6.5 Estão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como materiais e medicamentos ministrados durante a internação, e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto neste Termo.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

7.1.1 tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

7.1.3 procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

7.1.4 cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

7.1.5 inseminação artificial;

7.1.6 tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

7.1.7 tratamentos em centros de SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

7.1.8 transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

7.1.9 fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

7.1.10 fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

7.1.11 fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

7.1.12 tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

7.1.13 casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

7.1.14 aplicação de vacinas preventivas;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

7.1.15 necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

7.1.16 aparelhos ortopédicos;

7.1.17 aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

7.1.18 procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior; e

7.1.19 especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

7.2 As despesas extraordinárias (aquelas não previstas neste instrumento ou não sujeitas a cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pela CONTRATADA.

7.3 Não estão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde Suplementar os exames admissionais ou correspondentes.

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

8 DOS TIPOS DE PLANOS

8.1 O atendimento do Plano de Assistência à Saúde deverá oferecer atendimento aos usuários, quando necessário, internação em ambiente privativo/apartamento, dentro dos recursos próprios contratados, com abrangência em todo o território nacional, de acordo com as condições estabelecidas no item 1.3.

9 DO ATENDIMENTO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

9.1 Considera-se atendimento de urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessite de assistência médica imediata ou de complicação no processo da gestação.

9.2 Considera-se atendimento de emergência a constatação médica de condição de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

9.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, da admissão até a alta hospitalar.

9.4 A CONTRATADA deverá possuir serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação a rede credenciada.

10 DA REMOÇÃO

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



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

10.2 Nos casos de urgência e de emergência, em que o beneficiário não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

10.2.2 Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

10.2.3 A CONTRATADA deverá disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

10.2.4 Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 9.2.2, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

11 DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

11.3 No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão fornecido pela CONTRATADA do plano de saúde.

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

11.4.1 Nos casos em que a CONTRATADA estabeleça autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador observados os prazos estabelecidos na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

11.4.2 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica observados os prazos estabelecidos na Resolução Normativa - RN nº 424, de 26 de junho de 2017.

11.4.2.1 A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da CONTRATADA, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais.

11.4.2.2. A remuneração ficará a cargo da CONTRATADA, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da CONTRATADA, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

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

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

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

11.7 No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução, caberá à operadora e a ANS a decisão acerca do redimensionamento. À Contratante ficará assegurado a garantia de saber, com antecedência, sobre a decisão adotada, e resguardado o direito de cancelamento do contrato, caso discorde do redimensionamento proposto.

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

11.9 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários e no prazo estabelecido pelas normativas vigentes, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade, bem como a prioridade especial aos que possuam idade superior a 80 (oitenta) anos.

11.10 A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada periodicamente pela CONTRATADA.

11.11 A CONTRATADA deverá informar através de catálogos ou livros, a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada, para todas as suas modalidades. A rede credenciada mínima deverá oferecer estabelecimentos em todo o território nacional, em todos os Estados e Capital Federal e com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc, para atendimento aos beneficiários, ressalvadas as especificidades locais.

11.12 Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia de senha.

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

12 DO REEMBOLSO

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

- a) o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento; ou



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

- b) se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento; ou
- c) houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

12.1.1 Para que seja realizado o reembolso, o usuário deverá, antes de contratar particularmente, contatar a operadora para que esta indique credenciados ou contratados para o atendimento. Se a operadora não der retorno, nem indicar credenciado na localidade, ou em cidades próximas, o beneficiário poderá contratar particularmente, com expressa autorização da operadora.

12.2 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo elencados, salvo disposição em contrário, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento dos honorários profissionais;
- c) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

12.3 Para fins de reembolso, o beneficiário titular e o pensionista deverão apresentar a CONTRATADA a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

13. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

13.1 Em se tratando de sua qualificação técnica, os interessados deverão apresentar:

- a) 01 (um) ou mais Atestado (s) de capacidade técnica expedido por pessoa (s) jurídica (s) de direito público ou privado, comprovando que a CONTRATADA executa ou executou prestação de serviço compatível com as características e quantidades previstas neste instrumento.
 - a.1) Considera-se compatível o atestado que comprovar a execução de serviços de assistência médica ambulatorial/hospitalar com obstetrícia, de abrangência nacional, compreendendo um universo de no mínimo 50% (cinquenta por cento) do quantitativo total estimado de beneficiários previsto no item 15 deste termo.
 - a.2) O(s) atestado(s) deve(m) conter o nome, endereço e o telefone de contato do(s) atestador(es), ou qualquer outro meio com o qual o TJPA possa valer-se para manter contato com a(s) pessoa(s) declarante(s).

14 DAS CONDIÇÕES DO PAGAMENTO E REACTUAÇÃO

14.1 Pela execução do objeto deste instrumento, o TJPA pagará à CONTRATADA os valores constantes em sua proposta de preços.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

14.2 Havendo identificação na Nota Fiscal ou Fatura de cobrança indevida, o fato será informado à CONTRATADA e a contagem do prazo para pagamento será reiniciada a partir da reapresentação da Nota Fiscal ou Fatura devidamente corrigida e atestada pelo gestor.

14.3 Será verificada a regularidade fiscal da CONTRATADA, mediante consulta *on-line* da sua situação junto ao Sistema Unificado de Cadastro de Fornecedores - SICAF.

14.4 Será retido na fonte o Imposto Sobre a Renda da Pessoa Jurídica - IRPJ, bem assim a Contribuição sobre o Lucro Líquido, a Contribuição para a Seguridade Social - COFINS e a Contribuição para o PIS/PASEP, de acordo com o art. 64 da Lei n.º 9.430, de 27 de dezembro de 1996 e IN da SRF n.º 480, de 15 de Dezembro de 2004, além da retenção do ISS.

14.5 É admitida a repactuação do Contrato, desde que seja observado o interregno mínimo de um ano, contado a partir da data limite para apresentação das propostas.

14.6 A repactuação para fazer face à elevação dos custos da contratação, respeitada a anualidade disposta acima, e que vier a ocorrer durante a vigência do contrato, é direito do contratado, e não poderá alterar o equilíbrio econômico e financeiro dos contratos, conforme estabelece o art. 37, inciso XXI da Constituição da República Federativa do Brasil, sendo assegurado ao prestador receber pagamento mantidas as condições efetivas da proposta.

14.7 Nas repactuações subseqüentes à primeira, a anualidade será contada a partir da data do fato gerador que deu ensejo à última repactuação.

14.8 As repactuações serão precedidas de solicitação da CONTRATADA, acompanhada de demonstração analítica da alteração dos custos, por meio de apresentação das planilhas de custos e formação de preços e dos documentos indispensáveis à comprovação da alteração dos preços em cada um dos itens da planilha a serem alterados, bem como Nota Técnica Atuarial demonstrando a evolução dos custos e a sinistralidade, a qual deverá restar sobejamente comprovada.

14.9 É vedada a inclusão, por ocasião da repactuação, de benefícios não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força normativa.

14.10 Quando da solicitação da repactuação para fazer jus a variação de custos decorrente do mercado, esta somente será concedida mediante a comprovação pelo contratado do aumento dos custos, considerando-se:

I - os preços praticados no mercado ou em outros contratos da Administração;

II - as particularidades do contrato em vigência;

III - A sinistralidade da CONTRATADA, mediante apresentação prévia à CONTRATANTE de relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando detalhadamente cada serviço prestado, por beneficiário, no respectivo período, através de meio eletrônico e por meio de arquivo compatível, no aplicativo EXCEL;

IV - a nova planilha com a variação dos custos apresentada;

V - indicadores setoriais, tabelas de fabricantes, valores oficiais de referência, tarifas públicas ou outros equivalentes e;

VI - a disponibilidade orçamentária do TJPA.

14.11 A decisão sobre o pedido de repactuação deverá ser proferida no prazo máximo de sessenta dias, contados a partir da solicitação e da entrega dos comprovantes de variação dos custos.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

14.12 As repactuações, como espécie de reajuste, serão formalizadas por meio de apostilamento, e não poderão alterar o equilíbrio econômico e financeiro dos contratos, exceto quando coincidirem com a prorrogação contratual, em que deverão ser formalizadas por aditamento.

14.13 A hipótese referida no subitem anterior ficará suspensa enquanto a CONTRATADA não cumprir os atos ou apresentar a documentação solicitada pelo TJPA para a comprovação da variação dos custos.

14.14 O TJPA poderá realizar diligências para conferir a variação de custos alegada pela CONTRATADA.

14.15 As repactuações a que a CONTRATADA fizer jus e não forem solicitadas durante a vigência do contrato, serão consideradas preclusas com a assinatura da prorrogação contratual ou com o encerramento do contrato.

14.16 Os novos valores contratuais decorrentes das repactuações terão suas vigências iniciadas observando-se o seguinte:

I - a partir da ocorrência do fato gerador que deu causa à repactuação;

II - em data futura, desde que acordada entre as partes, sem prejuízo da contagem de periodicidade para concessão das próximas repactuações futuras; ou

14.17 Os efeitos financeiros da repactuação deverão ocorrer exclusivamente para os itens que a motivaram, e apenas em relação à diferença porventura existente.

14.18 As repactuações não interferem no direito das partes de solicitar, a qualquer momento, a manutenção do equilíbrio econômico dos contratos com base no disposto no art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

14.19 A CONTRATADA para a execução de remanescente de serviço tem direito à repactuação nas mesmas condições e prazos a que fazia jus a empresa anteriormente contratada, devendo os seus preços serem corrigidos antes do início da contratação, conforme determina o art. 24, inciso XI da Lei nº 8.666, de 1993.

15 DO CUSTEIO DOS PLANOS

15.1 O custeio do Plano de Assistência à Saúde Suplementar será de responsabilidade do TJPA e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais.

15.2 Estima-se, inicialmente, em 10.380 (dez mil e trezentos e oitenta) usuários, conforme constante do Anexo 1 deste Termo, podendo, ao final de um ano, atingir o quantitativo de 10.600 (dez mil e seiscentos) usuários, sendo que apenas os beneficiários titulares, no montante aproximado de 4.100 (quatro mil e cem), contribuirão com o Plano de Assistência à Saúde, descontando mensalmente o percentual de até 4% (quatro por cento) sobre a remuneração, excluídas as parcelas de natureza indenizatória e transitória, conforme previsão legal. O TJPA arcará ainda, mensalmente, com a alíquota de até 6% (seis por cento), sendo que tais percentagens poderão sofrer alterações de acordo com o normativo legal vigente. (trata-se de um número dinâmico, que sofre alteração a depender do ingresso de novos servidores, inclusão de dependentes, bem como de exonerações).

15.3 Pela execução do objeto deste Contrato, o CONTRATANTE efetuará o pagamento à CONTRATADA da seguinte forma:

a) imediatamente, repassando o valor consignado decorrente das contribuições de membros e servidores;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

b) até o 10º (décimo) dia útil, a contar da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, acompanhada da correspondente Nota de Empenho, com o respectivo "atesto" do fiscal do Contrato, de que o serviço foi prestado a contento, do valor correspondente à contribuição patronal.

15.4 O pagamento será feito mediante crédito em conta corrente informada pela CONTRATADA, cujo valor será acrescido de encargos moratórios quando não creditados na data pactuada, apurados desde a data prevista para o pagamento até a sua efetivação, calculados *pro rata tempore*, mediante aplicação da seguinte fórmula:

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

Na qual:

EM = Encargos moratórios;

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

VP = Valor da parcela a ser paga.

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

$$I = (TX)$$

$$I = \frac{(6/100)}{365}$$

$$I = 0,00016438$$

TX = Percentual da taxa anual = 6%.

15.5 Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do TJPA, independentemente do motivo, a CONTRATADA poderá efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário.

15.6 O TJPA informará à CONTRATADA o número de beneficiários Titulares e dependentes até o 5º (quinto) dia útil do mês da competência, disponibilizando a sua base de dados cadastrais.

16 DA CONTRATAÇÃO

16.1 A contratação terá vigência de 12 (doze) meses, com início na data de sua assinatura.

16.2. Na análise do registro de produto será verificada, antes da assinatura do contrato, a existência de rede de associada/credenciada/referenciada disponibilizada pela CONTRATADA suficiente para atender aos serviços descritos neste instrumento, em todo o território nacional, compreendendo consultórios médicos, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios, etc, por Unidade da Federação.

16.3 O TJPA não se obriga, em hipótese alguma, a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados são meramente informativos, visto que a adesão ao plano de saúde é facultativa.

17. DA FONTE DE RECURSOS

17.1 As despesas decorrentes da execução do presente contrato correrão à conta da dotação orçamentária própria do CONTRATANTE, consoante tabela abaixo, ficando o saldo pertinente aos demais exercícios a serem empenhados oportunamente, à conta dos respectivos orçamentos.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	NOME	ELEMENTO DE DESPESA	FONTE DE RECURSO
04101.02.302.1421.6844	Contribuição do Poder Judiciário ao Plano de Assistência à Saúde – 1º Grau	339039 / 339047	101
04101.02.302.1421.8660			0112 / 0118 / 0301
04101.02.302.1421.6845	Contribuição do Poder Judiciário ao Plano de Assistência à Saúde – 2º Grau	339039 / 339047	101
04101.02.302.1421.8661			0112 / 0118 / 0301
04101.02.302.1421.6846	Contribuição do Poder Judiciário ao Plano de Assistência à Saúde – Apoio indireto à atividade Judicante	339039 / 339047	101
04101.02.302.1421.8662			0112 / 0118 / 0301

18 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

A CONTRATANTE se obriga a:

- 18.1 Efetuar o pagamento correspondente à execução do objeto do contrato, conforme as determinações expressas no item 14 e 15.3 deste Termo;
- 18.2 Proporcionar todas as facilidades para que a CONTRATADA possa executar os serviços decorrentes do contrato dentro das normas preestabelecidas no Termo de Referência e nos instrumentos que o integram;
- 18.3 Acompanhar e a manter fiscalização efetiva da execução do objeto do contrato, por intermédio de servidor designado para esse fim pela autoridade competente do TJPA, em ato próprio, na forma prevista no art. 67 da Lei nº 8.666/93;
- 18.4 Comunicar à CONTRATADA, por escrito, toda e qualquer ocorrência relacionada com a execução dos serviços decorrentes do contrato, fixando prazo para sua correção;
- 18.5 Rejeitar, no todo ou em parte, o serviço executado em desacordo com as normas do contrato, no Termo de Referência e dos instrumentos que o integram;
- 18.6 Sustar, recusar, mandar desfazer, refazer, reparar, corrigir ou substituir qualquer serviço prestado que não esteja de acordo com as normas do contrato, no Termo de Referência e dos instrumentos que o integram;
- 18.7 Obter autorização expressa dos beneficiários titulares para consignar em folha de pagamento, os valores decorrentes das contribuições e participações;
- 18.8 Fornecer, mensalmente, à CONTRATADA, lista nominal de todos os beneficiários excluídos da cobertura financeira do TJPA, qualquer que seja o motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito à Assistência Saúde;
- 18.9 Recolher e devolver à CONTRATADA os Cartões de Identificação dos beneficiários excluídos; e
- 18.10 Manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de servidores.

19 DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A CONTRATADA obriga-se a:



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

- 19.1 Viabilizar aos beneficiários inscritos, através de rede própria ou por meio de sua rede de prestadores de serviço, as coberturas previstas neste Instrumento, em todo o território nacional;
- 19.2 Proceder as inclusões e exclusões dos beneficiários em seus planos de Assistência à Saúde conforme determinação do TJPA;
- 19.3 Fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários, no prazo máximo de até 48 (quarenta e oito) horas após sua inclusão;
- 19.4 Disponibilizar a relação de prestadores de serviço, através de um manual, um guia, um orientador ou um outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados/credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da CONTRATADA ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc., com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o plano por ele escolhido e a região do seu domicílio;
- 19.5 Disponibilizar ao TJPA a relação completa de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio impresso, telefônico, magnético ou via internet, informando qualquer alteração;
- 19.6 Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;
- 19.7 Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- 19.8 Permitir e facilitar ao TJPA o acesso a toda documentação relativa à execução deste Instrumento;
- 19.9 Não substabelecer as obrigações assumidas sem anuência expressa do TJPA;
- 19.10 Garantir que a cobertura definida no Plano de Assistência à Saúde Suplementar observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pelo TJPA;
- 19.11 Observar, também, as demais normas editadas pela ANS relativas às demais obrigações que regulam o setor da saúde suplementar;
- 19.12 Ressarcir ao TJPA o valor correspondente ao pagamento de multas, indenizações ou outros encargos que lhe forem impostos, em decorrência do descumprimento do contrato e/ou de normas legais ou regulamentares relacionados à execução do objeto;
- 19.13 Manter, durante a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Termo de Referência;
- 19.14 Na vigência do contrato, a empresa deverá manter preposto, em posto de atendimento na Sede da Contratante e durante o horário de expediente, o qual será responsável pelos procedimentos relacionados à execução do contrato, inclusive quanto ao atendimento das medidas necessárias ao bom andamento dos trabalhos e, ainda, fornecer ao fiscal deste contrato, um número de telefone celular para eventual contato emergencial, sempre que se torne necessário.
- 19.15 Substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pelo TJPA, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina do TJPA ou ao interesse do serviço público;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

- 19.16 Atender prontamente, sem quaisquer ônus para o TJPA, quaisquer exigências formuladas pelo representante da ANS, inerentes ao objeto do contrato e dos instrumentos que o integram, sob pena de constituir em descumprimento de obrigação contratual;
- 19.17 Prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo TJPA, a cujas reclamações se obriga a atender prontamente;
- 19.18 Substituir, sempre que exigido pelo TJPA, após discussão entre as partes, qualquer empregado seu cuja conduta seja considerada prejudicial, inconveniente ou insatisfatória à disciplina do TJPA ou ao interesse do serviço público;
- 19.19 Responsabilizar-se, civil e penalmente, por todo e qualquer dano causado, direta ou indiretamente, ao TJPA ou a prepostos seus ou a terceiros, em função da execução do objeto do contrato, decorrentes de sua ação ou omissão, culposa ou dolosa, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pelo TJPA;
- 19.20 Responsabilizar-se perante o TJPA pelos danos ou desvios causados aos bens que lhes forem confiados ou a seus prepostos, devendo efetuar o ressarcimento correspondente, imediatamente após o recebimento da notificação do TJPA, sob pena de glosa de qualquer importância que tenha a receber ou de cobrança judicial;
- 19.21 Não caucionar ou utilizar o contrato para qualquer operação financeira;
- 19.22 Apresentar, mensalmente, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiários no respectivo período, por meio eletrônico, no aplicativo EXCEL;
- 19.23 Não se valer do contrato a ser celebrado para efetuar qualquer espécie de publicidade de seus serviços;
- 19.24 Manter sigilo de todos os dados e informações relativos ao contrato firmado, não divulgando nem fornecendo quaisquer dados e informações, inclusive as de saúde exceto as fornecidas pelo Coordenador Médico de Informações indicado pela CONTRATADA, referentes aos serviços realizados ou sobre o local de execução dos serviços, a qualquer tempo, em qualquer lugar ou a qualquer pretexto que seja;
- 19.25 Manter serviço de central telefônica gratuita (DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando também auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação a rede credenciada;
- 19.26 Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
- 19.27 Sujeitar-se a mais ampla e irrestrita fiscalização por parte da CONTRATANTE, através de Médicos Auditores integrantes do setor competente e/ou por terceiro legalmente contratado/indicado por esta, como por exemplo, Serviços de Auditoria Independente, para acompanhamento da execução do objeto, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atendendo às solicitações/reclamações formuladas; e,
- 19.28 Enviar, mensalmente, relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por beneficiário.

20. EQUIPE DE CONTRATAÇÃO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DEMANDANTE

- a) UNIDADE DEMANDANTE - Secretaria de Gestão de Pessoas



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

b) GESTOR RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DEMANDANTE

Nome: Ana Lúcia Monteiro de Souza
Matrícula: 2266-7
Lotação: Secretaria de Gestão de Pessoas
Telefone: 3252-7215
E-mail: lucia.souza@tjpa.jus.br

c) GESTOR SUBSTITUTO

Nome: Manoel de Christo Alves Neto
Matrícula: 6284-7
Lotação: Coordenadoria de Saúde
Telefone: 3205-3187
E-mail: manoel.neto@tjpa.jus.br

d) INTEGRANTE DEMANDANTE

Nome: Manoel de Christo Alves Neto
Matrícula: 6284-7
Lotação: Coordenadoria de Saúde
Telefone: 3205.3187
E-mail: manoel.neto@tjpa.jus.br

e) FISCAL DEMANDANTE

Nome: Miguel Angelo Novo Simas
Matrícula: 1214-9
Telefone: 3205-2345
E-mail: miguel.simas@tjpa.jus.br

f) FISCAL SUBSTITUTO

Nome: Paulo Roberto Brito Cartagenes
Matrícula: 6845-4
Telefone: 3205-2293
E-mail: paulo.cartagenes@tjpa.jus.br

21 DAS PENALIDADES

21.1 Pela inexecução total ou parcial e pelo descumprimento de qualquer das obrigações previstas neste termo de referência serão aplicadas as penalidades previstas no instrumento convocatório e no Contrato

22 DAS VEDAÇÕES

22.1 É vedado à CONTRATADA:

- a) Caucionar ou utilizar este instrumento para qualquer operação financeira; e,
- b) Interromper a execução do objeto sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.
- c) A manutenção, aditamento ou prorrogação de contrato de prestação de serviços com empresa que venha a contratar empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

ocupantes de cargos de direção e assessoramento de membros ou juízes vinculados ao Tribunal CONTRATANTE, nos termos da Resolução nº. 09, de 06/12/2005, do Conselho Nacional de Justiça. Tal condição deverá ser comprovada através de declaração emitida pela CONTRATADA, quando da assinatura do termo de contrato e ainda por ocasião das prorrogações contratuais, se for o caso.

Belém, 16 de abril de 2019.

Ana Lúcia Monteiro de Souza

Secretária Adjunta da Secretaria de Gestão de Pessoas do TJPA

Manoel de Christo Alves Neto

Coordenador de Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas do TJPA

Miguel Angelo Novo Simas

Chefe da Divisão de Saúde e Qualidade de Vida - SGP-TJPA

Paulo Roberto Brito Cartagenes

Analista Judiciário, Médico - Secretaria de Gestão de Pessoas do TJPA



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Coordenadoria de Convênios e Contratos

Anexo I

QUANTITATIVO ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária	Vidas	% Vidas
0 a 18 anos	2.840	26,4%
19 a 23 anos	501	4,7%
24 a 28 anos	291	2,7%
29 a 33 anos	836	7,8%
34 a 38 anos	1.261	11,7%
39 a 43 anos	1.042	9,7%
44 a 48 anos	927	8,6%
49 a 53 anos	839	7,8%
54 a 58 anos	717	6,7%
59 ou mais	1.515	14,1%
Total	10.769	100,0%

Fonte: Secretaria de Gestão de Pessoas – SGP.

