

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1 DO OBJETO

1.1 O objeto do presente instrumento é a contratação emergencial 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/Seguro 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/seguro 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 contrato coletivo de adesão 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 ou seguros privados de assistência à saúde e que para contratarem deverão disponibilizar os seguintes serviços<sup>1</sup>: 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 agravamento 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.

<sup>1</sup> As presentes 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.

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls.

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 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 subsequente, as solicitações de adesão e exclusão dos beneficiários, sendo a data de recebimento considerada com o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

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.

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls.

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.

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 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.

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

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.

3.120 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.

3.130 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.

#### 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 integrem 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.

Processo nº  
LM





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

TJPA  
Fls.

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, 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;

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;

Processo nº  
LM





TJPA  
Fls.

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 peritonial – CAPD;
- quimioterapia ambulatorial;
- radioterapia (megavoltagem), cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, 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 (incluindo 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;

Processo nº  
LM



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;

6.3.7 cobertura de assistência médica através de médicos cooperados;

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;

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 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;

Processo nº  
LM







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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

- 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.
- 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) o custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, pelo prazo de 12 (doze) meses de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
  - c) estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.
- 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.
- 6.3.14.2 Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, a cobertura de que trata o inciso I deste artigo poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias ano.
- 6.3.14.3 Após esses prazos, essas internações serão de inteira responsabilidade do CONTRATANTE que deverá arcar com os honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

#### 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

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A







TJPA  
Fls.

condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto na Cláusula Quinta.

## 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 comissões internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 7.1.14 aplicação de vacinas preventivas;
- 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.

Processo nº  
LM





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

TJPA  
Fls.

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/SEGUROS

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 necessita 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.

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;

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

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 no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

11.4.2 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do pedido.

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.

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,

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls.

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, é necessário autorização prévia do TJPA.

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.

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.

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:

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

Processo nº  
LM





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

TJPA  
Fls.

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, 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) Autorização de Funcionamento;
- b) 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.
  - b.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 igual ou até 50% (cinquenta por cento) do quantitativo total estimado de beneficiários previsto no item 14 deste termo.
  - b.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

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

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.

Processo nº  
LM





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

TJPA  
Fls.

14.4 Não serão efetuados quaisquer pagamentos enquanto perdurarem pendências de liquidação de obrigações em virtude de penalidades impostas à CONTRATADA ou inadimplência contratual, inclusive.

14.5 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.

## 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, 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.

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;

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:

$$I = (TX) \quad I = \frac{(6/100)}{365} \quad I = 0,00016438$$

TX = Percentual da taxa anual = 6%.

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA Fls. _____
--------------------

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 O prazo estimado para a contratação é de até 180 (cento e oitenta) dias, com cláusula de rescisão antecipada caso o processo licitatório seja concluído antes do término deste prazo.

16.2. Na análise do registro de produto será verificada 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.

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 deste Termo;

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A







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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

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:

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/seguros 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;

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls.

- 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 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;
- 19.15 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;
- 19.16 Prestar os esclarecimentos que forem solicitados pelo TJPA, a cujas reclamações se obriga a atender prontamente;
- 19.17 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;
- 19.18 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;
- 19.19 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;
- 19.20 Não caucionar ou utilizar o contrato para qualquer operação financeira;

Processo nº  
LM





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

19.21 Apresentar, mensalmente, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiários no respectivo período, por meio eletrônico, no aplicativo EXCEL;

19.22 Não se valer do contrato a ser celebrado para efetuar qualquer espécie de publicidade de seus serviços;

19.23 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;

19.24 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;

19.25 Manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

19.26 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,

19.27 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

b) GESTOR RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DEMANDANTE

Nome: Maria de Lourdes Carneiro Lobato

Matrícula: 5654-5

Lotação: Secretaria de Gestão de Pessoas

Telefone: 3252-7215

E-mail: [lourdes.lobato@tjpa.jus.br](mailto:lourdes.lobato@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](mailto:manoel.neto@tjpa.jus.br)

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

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](mailto: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](mailto:miguel.simas@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 aqui previstas.

21.1.1. Ficará impedida de licitar e contratar com o Estado do Pará, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, e será descredenciada no SICAF, se for o caso, sem prejuízos das multas previstas neste Contrato e das demais cominações referidas no Capítulo IV da Lei nº. 8.666/1993, no que couber, garantido o direito prévio da ampla defesa, a CONTRATADA que:

1. Convocada dentro do prazo de validade de sua proposta, não assinar o Contrato;
2. Apresentar documento falso ou fizer declaração falsa;
3. Ensejar o retardamento da execução do objeto deste Contrato;
4. Não mantiver a proposta, injustificadamente;
5. Falhar ou fraudar na execução do Contrato;
6. Comportar-se de modo inidôneo;
7. Cometer fraude fiscal.

21.1.1.1. Pelo atraso, inexecução total ou parcial do objeto deste Contrato, o CONTRATANTE poderá, garantida a defesa prévia, aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

- a) Advertência;
- b) Multa moratória de 0,2% (dois décimos por cento) por dia de atraso na prestação do serviço, tomando por base o valor global deste Contrato;
- c) Multa compensatória de 10% (dez por cento) sobre o valor global deste Contrato;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 02 (dois) anos, nas hipóteses de atrasos ou inexecuções de que resulte prejuízo para o serviço, para o TJPA ou para o beneficiário do plano de saúde, seja ele titular ou dependente;

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

- e) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os seus motivos determinantes ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, na hipótese em que a conduta da CONTRATADA quando da execução do objeto do Contrato associa-se à prática de ilícito penal.

21.1.1.2. O atraso, suspensão e a interrupção injustificada na execução do objeto do Contrato por período superior a 30 (trinta) dias poderá ensejar a rescisão deste Contrato.

21.1.1.3. As multas aplicadas serão descontadas da garantia prestada; dos pagamentos eventualmente devidos pelo CONTRATANTE; recolhidas pela CONTRATADA no prazo de até 15 (quinze) dias da data da comunicação oficial; ou, caso não cumpridas, serão cobradas judicialmente.

21.1.1.4. Da aplicação de penalidades caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da notificação, que será dirigido à autoridade superior por intermédio da que praticou o ato, a qual poderá reconsiderar a sua decisão ou fazê-lo subir devidamente informado.

21.1.1.5. As sanções previstas no Item 21.1.1.1, alíneas “b” e “c”, poderão ser aplicadas conjuntamente com as demais penalidades previstas neste Instrumento.

21.1.1.6. As penalidades aplicadas obrigatoriamente registradas no SICAF.

## 22 DAS VEDAÇÕES

22.1 É vedado à CONTRATADA:

- Caucionar ou utilizar este instrumento para qualquer operação financeira; e,
- Interromper a execução do objeto sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.
- 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 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, 27 de fevereiro de 2019.

**Maria de Lourdes Carneiro Lobato**  
*Secretária de Gestão de Pessoas do TJPA*

Processo nº  
LM



PAMEM201907771A





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

TJPA  
Fls. \_\_\_\_\_

QUANTITATIVO ESTIMADO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

<b>Faixa Etária</b>	<b>Vidas</b>	<b>% Vidas</b>
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%
<b>Total</b>	<b>10.769</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Pará - TJPA

Elaboração: Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP.

Nota: Faixas etárias com base na Resolução Normativa 63 da Agência Nacional de Saúde.

Processo nº  
LM



Assinado digitalmente por MARIA DE LOURDES CARNEIRO LOBATO(token), MANOEL DE CRISTO ALVES NETO(token) e MIGUEL ANGELO NÓVO SIMAS(token), conforme previsto na Lei 11.419/2006 e regulamentada pela Portaria 2067/2020-GP. Use 2118192.12443770-2085 para a consulta à autenticidade em <https://apps.tjpa.jus.br/sigaex/siga-autenticidade>  
Documento gerado por ANA CLAUDIA REIS GOMES \*Data e hora: 25/04/2022 17:47



PAMEM201907771A

