



EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO N.º 004/2018 RP RP

CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE E ODONTOLÓGICO

A **Confederação Brasileira de Remo - CBR**, associação de fins não econômicos, de caráter desportivo, com sede na Avenida Graça Aranha, 145 GRP 709 – Centro, RJ inscrita no **CNPJ nº 30.276.570/0001-70**, torna público, para o conhecimento dos interessados, que inicia o processo de seleção na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO**, para Contratação de empresa operadora de plano de assistência médico-hospitalar, compreendendo ampla rede de assistência e atendimento, que forneça os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, bem como assistência odontológica, compreendendo os procedimentos odontológicos previstos no ato normativo da ANS para o atendimento dos funcionários da Confederação Brasileira de Remo, em todo território nacional, conforme descrito no presente EDITAL e seus anexos.

O presente processo de seleção e a contratação dele decorrente se regem pelas disposições deste Edital, devendo tal contratação ser custeada com os recursos consignados à CBR através da Lei Agnelo-Piva.

As retificações deste Edital, por iniciativa da CBR ou provocada por eventuais impugnações, se aplicarão a todas as empresas participantes e serão divulgadas por e-mail a ser encaminhado às mesmas.

O processo de seleção a que se refere este Edital poderá ser adiado, revogado ou anulado, a critério da CBR, notadamente caso ocorra insuficiência de repasse dos recursos financeiros oriundos dos órgãos da administração pública, mediante aviso às participantes, sem que lhes caiba qualquer direito à indenização ou reparação de qualquer espécie.

Informações adicionais e esclarecimentos de dúvidas quanto à interpretação deste Edital poderão ser obtidas exclusivamente por e-mail a ser encaminhado para jean@remobrasil.com em dias úteis, das 09:00h às 18:00h, até 5 (cinco) dias úteis antes da data prevista para abertura do Pregão. Todas as dúvidas serão respondidas em até 2 (dois) dias úteis antes da abertura do Pregão diretamente no site www.bbmnetlicitacoes.com.br e estarão disponíveis através da consulta de arquivos para “download”.

Dúvidas com relação ao acesso no sistema operacional poderão ser esclarecidas pelo número (21) 3246-7458 ou através de uma corretora de mercadorias associada. A relação completa das corretoras de mercadorias vinculadas a Bolsa Brasileira de Mercadorias poderá ser obtida no site www.bbmnetlicitacoes.com.br, acesso “corretoras”.





1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 O Pregão Eletrônico será realizado em sessão pública, por meio da **INTERNET**, mediante condições de segurança - criptografia e autenticação - em todas as suas fases através do **Sistema de Pregão Eletrônico (licitações) da Bolsa Brasileira de Mercadorias**.

1.2 Os trabalhos serão conduzidos por contratado especializado pela Confederação Brasileira de Remo, denominado Pregoeiro, mediante a inserção e monitoramento de dados gerados ou transferidos para o aplicativo "Licitações" constante da página eletrônica da Bolsa Brasileira de Mercadorias.

1.3. **Inscrição e credenciamento:** até 48 horas (Hora de Brasília) antes do início do pregão no site www.bbmnetlicitacoes.com.br

1.4. **Data da publicação do edital:** 11/12/2018.

1.5. **Recebimento das propostas:** A partir de 10:00h do dia 12/12/2018 até as 09:59 h do dia 21/12/2018. (Horário de Brasília)

1.6. **Abertura das propostas:** às 10:00h do dia 21/12/2018. (Horário de Brasília)

1.7. **Início da sessão de disputa de preços:** às 10:05h do dia 21/12/2018 (Horário de Brasília)

1.8. **Local:** www.bbmnetlicitacoes.com.br "Acesso Identificado no link - licitações". Para todas as referências de tempo, será observado o horário de Brasília-DF.

2. DO OBJETO

2.1. Este procedimento licitatório tem como objeto a Contratação de empresa operadora de plano de assistência médico-hospitalar, compreendendo ampla rede de assistência e atendimento, que forneça os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, bem como assistência odontológica, compreendendo os procedimentos odontológicos previstos no ato normativo da ANS para o atendimento dos funcionários da Confederação Brasileira de Remo, em todo território nacional, conforme descrito no presente EDITAL e seus anexos.

- ANEXO I – Termo de Referência
- ANEXO II – Minuta de Contrato
- ANEXO III – Modelo de declaração de: 1) Fato superveniente impeditivo de habilitação; 2) Inexistência de empregado menor no quadro da empresa empregadora; 3) Conhecimento e atendimento às condições do Edital;
- ANEXO IV – Modelo de carta proposta para fornecimento do objeto do Edital;
- ANEXO V – Procuração nomeando representante Legal;
- ANEXO VI – Modelo de declaração de enquadramento em regime de tributação de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte (ME ou EPP)





3. RECEBIMENTO E ABERTURA DAS PROPOSTAS E DATA DO PREGÃO

- 3.1. O participante deverá observar as datas e os horários limites previstos para a inscrição e cadastramento e a abertura da proposta, além da data e horário para início da disputa.
- 3.2. É recomendável a todo e qualquer interessado que, antes de requerer o credenciamento para participação neste Pregão, verifique se preenche todos os requisitos exigidos pelo edital, de modo que possa entregar tempestivamente à Confederação Brasileira de Remo toda a documentação nele listada no item 12.1.1, como essencial para demonstrar sua habilitação. Tal medida objetiva garantir o sucesso do processo seletivo e a participação de sua empresa em procedimentos a serem futuramente realizados pela Bolsa Brasileira de Mercadorias e pela Confederação Brasileira de Remo, tendo em vista as penalidades impostas aos que, por quaisquer modos, forjarem a participação no certame.

4. CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO E CREDENCIAMENTO

- 4.1. Poderá participar deste Processo Seletivo qualquer pessoa jurídica do ramo interessada, regularmente estabelecida no Brasil e que satisfaça todas as exigências, especificações e normas contidas neste Edital e seus Anexos.
- 4.2. É vedada a participação de consórcios ou grupos de sociedades.
- 4.3. Não poderá participar deste processo seletivo a pessoa jurídica que estiver sob regime de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concordata, concurso de credores, dissolução, liquidação, que esteja suspensa de licitar, que tenha sido declarada inidônea pela Administração Pública, que esteja impedida legalmente, e/ou que tenha sido apenadas com o impedimento para participação em processos seletivos realizados pela Confederação Brasileira de Remo, Associações e Entidades Estaduais de Administração do Desporto e a ela filiadas.
- 4.4. São responsabilidades exclusivas do participante do processo seletivo:
- Todos os custos financeiros de operacionalização e de uso do sistema, que pagará à Bolsa Brasileira de Mercadorias, provedora do sistema eletrônico, se encontra no site para consulta.
 - O devido credenciamento junto à Bolsa Brasileira de Mercadorias e obtenção de senha privativa;
 - O uso da chave de identificação e a manutenção do sigilo da senha para qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante;
 - A nomeação, caso seja interesse do participante, através do instrumento de mandato, com firma reconhecida, de operador devidamente credenciado em qualquer corretora de mercadorias associada à Bolsa Brasileira de Mercadorias, atribuindo poderes para formular lances de preços e praticar todos os demais atos e operações no site: www.bbmnetlicitacoes.com.br.





5. CREDENCIAMENTO NO SISTEMA DA BOLSA BRASILEIRA DE MERCADORIAS

5.1. As interessadas poderão participar diretamente, se credenciando no site indicado no item 1.3, ou ainda nomeando através do instrumento de mandato previsto no Anexo 05 deste edital, com firma reconhecida, operador devidamente credenciado em qualquer corretora de mercadorias associada à Bolsa Brasileira de Mercadorias, atribuindo poderes para formular lances de preços e praticar todos os demais atos e operações no site: www.bbmnetlicitacoes.com.br.

5.2. O acesso do operador ao pregão, para efeito de encaminhamento de proposta de preço e lances sucessivos de preços, em nome do participante, somente se dará após a prévia definição de senha privativa.

5.3. É de exclusiva responsabilidade do usuário o sigilo da senha, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo à Bolsa Brasileira de Mercadorias a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

5.4. O credenciamento do fornecedor ou de seu representante legal junto ao sistema eletrônico implica a responsabilidade legal pelos atos praticados e a presunção de veracidade das informações prestadas e das transações inerentes ao pregão eletrônico.

6. PARTICIPAÇÃO

6.1. A participação no Pregão Eletrônico se dará por meio da digitação da senha pessoal e intransferível do representante credenciado e subsequente cadastramento para participar do pregão e encaminhamento da proposta de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observados, data e horário limite estabelecidos.

6.2. Caberá ao fornecedor acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou da desconexão do seu representante.

6.3. Qualquer dúvida em relação ao acesso no sistema operacional, incluindo questões relativas ao encaminhamento inicial de preço, poderá ser esclarecida pelo número (21) 3246-7458 ou através de uma corretora de mercadorias associada. A relação completa das corretoras de mercadorias vinculadas a Bolsa Brasileira de Mercadorias poderá ser obtida no site www.bbmnetlicitacoes.com.br, acesso “corretoras”.





7. ABERTURA DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DOS LANCES

- 7.1. A proponente deverá cadastrar na “ficha técnica obrigatória”, a sua proposta inicial de preço, observado o disposto no item 8.4 deste Edital.
- 7.2. A partir do horário previsto no Edital e no sistema serão divulgadas as propostas de preços recebidas e terá início a fase de análise técnica das propostas. Após esta fase de análise técnica das propostas, aquelas que atenderam aos requisitos estabelecidos neste edital estarão aptas a participar na fase competitiva do pregão eletrônico. As propostas que não estiverem adequadas ao exigido neste Edital poderão ser desclassificadas pelo pregoeiro.
- 7.3. Durante a fase de análise técnica das propostas, caso haja alguma dúvida ou necessidade de esclarecimento, será solicitado ao participante que as esclareça antes do início da fase competitiva. Todos os questionamentos serão postados diretamente no site da BBM, sendo recomendado aos participantes que acessem o mesmo com a devida antecedência.
- 7.4. Aberta a etapa competitiva, os representantes dos fornecedores deverão estar conectados ao sistema para participar da sessão de lances. Os participantes serão imediatamente informados de cada lance ofertado, com seu respectivo valor e horário de registro.
- 7.5. A proponente poderá encaminhar lance com valor superior ao menor lance registrado, desde que seja inferior ao seu último lance ofertado.
- 7.6. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.
- 7.7. Durante o transcurso da sessão pública os participantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado. O sistema não identificará o autor dos lances aos demais participantes.
- 7.8. No caso de desconexão com o Pregoeiro, no decorrer da etapa competitiva do Pregão Eletrônico, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos participantes para a recepção dos lances, retornando o Pregoeiro, quando possível, sua atuação no certame, sem prejuízos dos atos realizados.
- 7.9. Quando a desconexão persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a sessão do Pregão Eletrônico será suspensa e reiniciada somente após comunicação expressa aos operadores representantes dos participantes, através de mensagem eletrônica (e-mail) divulgando data e hora da reabertura da sessão.
- 7.10. A etapa de lances da sessão pública será encerrada mediante aviso de fechamento iminente dos lances, emitido pelo sistema eletrônico, após o que transcorrerá período considerado “Término Iminente de Pregão”. O período de tempo extra ocorrerá em um intervalo que poderá ser de 01 (um) segundo a 30 (trinta) minutos, aleatoriamente determinado pelo sistema eletrônico, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances, não podendo, em hipótese alguma, as empresas apresentarem novos lances. Será utilizado o mecanismo de fechamento randômico.





- 7.11. Devido à imprevisão de tempo extra, as participantes deverão estimar o seu valor mínimo de lance a ser ofertado, evitando assim, cálculos de última hora, que poderá resultar em uma disputa frustrada por falta de tempo hábil.
- 7.12. O sistema informará a proposta de menor preço imediatamente após o encerramento da etapa de lances ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.
- 7.13. Os documentos relativos à habilitação e listados no item 12.1.1 deste Edital, deverão ser remetidos via e-mail do Pregoeiro, no prazo máximo de 02 (duas) horas após o término da sessão, com posterior encaminhamento do original ou cópia autenticada e observados os prazos estabelecidos neste edital.
- 7.14. Posteriormente, todos os documentos da vencedora citados no item 12.1.1, a despeito de já terem sido enviados conforme requisições do item 7.13 acima deverão ser encaminhadas em originais ou cópias autenticadas, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, contados da data da sessão pública virtual, juntamente com a proposta de preços – Anexo 04, aos cuidados do Pregoeiro, na Av. Graça Aranha, 145 sala 709 Centro- Rio de Janeiro CEP 20030-003.
- 7.15. Se a proposta ou o lance de menor valor não for aceitável, por inexecutável, ou se o fornecedor desatender às exigências habilitatórias, o Pregoeiro examinará a proposta ou o lance subsequente, verificando a sua compatibilidade e a habilitação do participante, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda o Edital. Também nessa etapa, o Pregoeiro poderá negociar com o participante para que seja obtido preço melhor.
- 7.16. Atendidos todos os requisitos, será considerada vencedora a participante que oferecer o **MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL** para a prestação dos serviços, considerando as 20 (vinte) vidas estimadas.
- 7.17. Nos preços cotados deverão estar inclusos todos os custos e demais despesas, tudo de acordo com o estipulado no Anexo 01.
- 7.18. Serão desclassificadas as propostas que conflitem com as normas deste Edital ou a legislação em vigor.
- 7.19. Serão também rejeitadas as propostas que:
- Contenham valores incompatíveis com o estabelecido no Anexo 01 deste Edital.
 - Contenham qualquer limitação ou condição substancialmente contrastante com o presente Edital, ou seja, manifestamente inexecutável, por decisão do Pregoeiro.
- 7.20. Ocorrendo discordância entre os valores numéricos e por extenso prevalecerão estes últimos.
- 7.21. Caso não sejam apresentados lances, será verificada a conformidade entre a proposta de menor preço e o valor estimado para a contratação; constatando o atendimento as exigências fixadas no Edital, o objeto será adjudicado ao autor da proposta de menor preço.





8. PROPOSTA NO SISTEMA ELETRÔNICO

8.1. O encaminhamento de proposta para o sistema eletrônico pressupõe o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas neste Edital e em seus Anexos. A participante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances.

8.1.1. No preenchimento da proposta eletrônica deverão ser informadas, em campo próprio, as condições comerciais dos serviços a serem fornecidos. A não inserção de arquivos ou informações contendo as informações solicitadas poderá implicar, a critério do pregoeiro, na desclassificação da participante, face à ausência de informação suficiente para classificação da proposta.

8.2. O objeto deverá estar totalmente dentro das especificações contidas no Anexo 01.

8.3. A validade da proposta será de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da sessão pública do Pregão.

8.4. A Proponente não deverá inserir em sua proposta qualquer identificação de sua empresa, telefone, fax ou qualquer outra informação que não estritamente relacionada aos serviços ou produtos ofertados, sob pena de ser, a critério do Pregoeiro, desclassificado do Processo.

9. DAS ATRIBUIÇÕES DO PREGOEIRO

9.1. O processo seletivo será conduzido pelo Pregoeiro que, com o auxílio da equipe de apoio, terá as seguintes atribuições:

- a. Acompanhar os trabalhos da equipe de apoio;
- b. Responder questões formuladas pelos interessados, relativas ao certame;
- c. Abrir as propostas de preços;
- d. Analisar a aceitabilidade do credenciamento e das propostas;
- e. Indeferir credenciamento e desclassificar propostas indicando os motivos;
- f. Conduzir os procedimentos relativos aos lances e à escolha da proposta do lance de menor preço;
- g. Verificar a habilitação da proponente classificada em primeiro lugar;
- h. Declarar o vencedor;
- i. Receber, examinar e decidir sobre a pertinência dos recursos e remetê-los à Comissão Julgadora, caso necessário;
- j. Elaborar a ata da sessão com o auxílio eletrônico;
- k. Encaminhar o processo à Comissão Julgadora para homologar e autorizar a contratação;
- l. Abrir processo administrativo para apuração de irregularidades visando a aplicação de penalidades previstas na legislação.





9.2. Em caso de dúvidas, o Pregoeiro e sua Equipe de Apoio atenderão aos interessados no horário de 10:00h às 18:00h, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, através do e-mail jean@remobrasil.com

9.3. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação do Pregoeiro em contrário.

9.4. A documentação apresentada para fins de habilitação da participante vencedora fará parte dos autos do processo seletivo e não será devolvida ao proponente.

10. CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

10.1. Para julgamento será adotado o critério de **MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL** para a prestação dos serviços, considerando as 12 (doze) vidas estimadas para início do contrato, observadas as especificações técnicas e demais condições definidas neste Edital.

10.2. O Pregoeiro anunciará o participante detentor da proposta ou lance de menor valor, imediatamente após o encerramento da etapa de lances da sessão pública ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo Pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

10.3. Se a proposta ou o lance de menor valor não for aceitável, por ser inexequível, o Pregoeiro examinará a proposta ou o lance subsequente, na ordem de classificação, verificando a sua aceitabilidade e procedendo a sua habilitação. Se for necessário, repetirá esse procedimento, sucessivamente, até a apuração de uma proposta ou lance que atenda ao Edital.

10.4. Da sessão, o sistema gerará ata circunstanciada, na qual estarão registrados todos os atos do procedimento e as ocorrências relevantes.

10.5. Deverá ser emitida pelo sistema eletrônico de pregão a COV - Confirmação de Venda, contendo as qualificações e especificações técnicas detalhadas do objeto ofertado.

10.6. A CBR poderá fazer diligências para verificação das condições de habilitação técnica ou operacional do proponente vencedor para a prestação dos serviços objeto deste Edital e, caso constatado qualquer deficiência, o mesmo será notificado para que faça as devidas correções, sob pena de desclassificação e convocação do seguinte colocado neste processo de seleção.





11. IMPUGNAÇÕES AO EDITAL E RECURSOS

11.1. Não serão conhecidas as impugnações e os recursos apresentados fora do prazo legal e/ou subscritos por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo para responder pelo proponente.

11.2. Ao final da sessão, o proponente que desejar recorrer das decisões do Pregoeiro poderá fazê-lo, manifestando sua intenção com registro da síntese das suas razões, sendo-lhes facultado juntar memoriais no prazo de 2 (dois) dias úteis. Os interessados ficam, desde logo, intimados a apresentar contrarrazões em igual número de dias, em prazo que começará a correr do término do prazo do recorrente.

11.3. A falta de manifestação imediata e motivada importará na preclusão da faculdade de recorrer.

11.4. Não será concedido prazo para recursos sobre assuntos meramente protelatórios ou que prescindam de justificativa adequada.

11.5. Os recursos contra decisões do Pregoeiro não terão efeito suspensivo.

11.6 O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

12. PROPOSTA ESCRITA E HABILITAÇÃO

12.1. A vencedora deverá enviar aos cuidados do Pregoeiro no endereço na Av. Graça Aranha, 145 sala 709 – Centro- Rio de Janeiro CEP 20030-003 no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da data da sessão pública virtual, um envelope indevassável e lacrado, constando, obrigatoriamente, da parte externa, a seguinte indicação:

ENVELOPE HABILITAÇÃO E PREÇO

Pregão Eletrônico 004/2018

Razão social Endereço da sede da
empresa e e-mail para
Confirmação de recebimento





12.1.1. O envelope deverá conter, em originais ou cópias autenticadas, os documentos especificados a seguir:

- a) Proposta de Preços escrita (Modelo no Anexo 4), com os mesmos valores oferecidos após a etapa de lances, em 03 (Três) vias, rubricadas em todas as folhas e a última com data e assinada pelo Representante Legal da participante já citado nos documentos de habilitação, em linguagem concisa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, contendo Razão Social, CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, Inscrição Estadual, endereço completo, número de telefone, e-mail, número de agência de conta bancária, os valores dos impostos considerados na formação do preço e prazo de validade que não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias, contados da abertura das propostas virtuais;
- b) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e eventuais alterações, devidamente registrados no órgão competente e, no caso de sociedades por ações, acompanhado dos documentos comprobatórios da ata de eleição da diretoria, também regularmente registrada no órgão competente;
- c) prova de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ);
- d) documento comprobatório de regularidade fiscal junto à União Federal, inclusive Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão relativa a Contribuições Previdenciárias e Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União.
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), expedida gratuita e eletronicamente, comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;
- f) Declaração de seu pleno conhecimento, de aceitação e de atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital, de Inexistência de Fatos Impeditivos, de que não possui, em seu quadro de pessoal, empregados menores e de que não está com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública ou com a CBR suspenso, ou que tenha sido por ela declarada inidônea, conforme modelo ANEXO 3;
- g) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- h) Apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, relativo ao gerenciamento de planos de saúde, para as quais esteja prestando ou tenha prestado serviço. Nos referidos atestados deverão ser informados os números de usuários (colaboradores e dependentes inscritos no plano).
- i) Apresentação do Registro como “operadoras de planos de saúde” junto à Agência Nacional de Saúde (ANS), e no caso das Seguradoras, apresentar cópia da comprovação de registro junto a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados (emitida, no máximo, 90 dias antes da data de entrega dos envelopes). Em se tratando de cooperativas médicas, apresentar cópia de registro de filiação junto à Organização das Cooperativas Brasileiras ou, se houver, na entidade estadual (emitida, no máximo, 90 dias antes da data de publicação deste Edital).





12.2. O não cumprimento do envio dos documentos de habilitação dentro do prazo estabelecido no item 12.1 deste Edital autoriza o Pregoeiro a convocar a empresa que apresentou a proposta ou o lance subsequente.

13. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

13.1. O pagamento do prêmio mensal será realizado somente e diretamente a Operadora/Seguradora que vier a ser contratada contra emissão de Nota Fiscal e será calculado pelo valor unitário ofertado multiplicado pelo número de vidas seguradas no mês, conforme os preços ofertados na proposta final da participante, e pagos em 12 parcelas anuais, com acréscimo em caso de inclusão de novo colaborador.

13.2. O prêmio mensal deverá ser pago pela CBR à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

13.3. A CBR obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, através de emissão de faturas.

13.4. O vencimento dos prêmios mensais será sempre o mesmo dia da quitação bancária do 1º (primeiro) prêmio. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

13.5. Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.

13.6. As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

13.7. Se a CBR não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.

13.8. O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.

13.9. O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência da CBR.

13.10. O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

13.11. O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que a CBR solicitou o cancelamento do seguro com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.





13.12. O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

13.13. Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

14. VALOR ESTIMADO PARA CONTRATAÇÃO

14.1. Para esta contratação, ficam estimados os valores abaixo, que ficam definidos como valor máximo a ser ofertado:

FAIXA ETÁRIA	VIDAS	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
24-28	1	R\$ 400,47	R\$ 400,47
29-33	2	R\$ 815,78	R\$ 1.631,57
34-38	3	R\$ 1.285,22	R\$ 3.855,65
39-43	1	R\$ 534,21	R\$ 534,21
44-48	1	R\$ 651,48	R\$ 651,48
49-58	2	R\$ 1.329,78	R\$ 2.659,55
59 ou mais	2	R\$ 2.789,51	R\$ 5.579,02
TOTAL DE VIDAS 12		VALOR GLOBAL (MENSAL) R\$ 15.311,95	

15. FORMALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

15.1. Homologado o resultado do processo seletivo pela autoridade competente, a Confederação Brasileira de Remo, firmará contrato específico com o **PROPONENTE VENCEDOR** visando à execução do objeto deste processo seletivo nos termos da minuta contida no Anexo 02 que integra este Edital.

15.2. O **PROPONENTE VENCEDOR** terá o prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da convocação, para assinar o Contrato, quando deverá comparecer à CBR ou enviar pelos correios. Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pelo **PROPONENTE VENCEDOR** durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado, aceito pela Confederação Brasileira de Remo.





15.3. A recusa injustificada do concorrente vencedor em assinar o contrato dentro do prazo estabelecido dá o direito de a **CONTRATANTE** convidar, sucessivamente por ordem de classificação as demais participantes, após comprovação da compatibilidade da proposta e da habilitação do participante para celebração do Contrato.

15.4. Este Edital e seu(s) anexo(s) integrarão o Contrato firmado, independente de transcrição.

16. RESCISÃO

16.1. O Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias corridos, sem que caiba à outra parte qualquer direito a indenização ou reparação, ressalvando-se apenas o direito ao recebimento dos pagamentos vencidos até a data da rescisão.

16.2. Se qualquer uma das Partes entrar com pedido de falência, recuperação judicial/extrajudicial, ou tenha a sua falência requerida por terceiros;

16.3. Pela Parte inocente se a outra Parte deixar de cumprir com qualquer condição avençada neste Contrato e seus Anexos.

16.4. Pela **CONTRATADA** caso o número de beneficiários seja menor do que 03 (três) vidas, sendo este o número mínimo para início de vigência de contrato, assim como a sua continuidade, caso haja desinteresse de adesão do plano por parte dos funcionários, sem que caiba à **CONTRATADA** qualquer direito de indenização ou reparação.

16.5. A critério da CBR e mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 5 (cinco) dias corridos, caso ocorra insuficiência de repasse dos recursos financeiros oriundos dos órgãos da administração pública, caso em que cessará a obrigação do **CONTRATANTE** de pagar as prestações vincendas e sem que caiba à **CONTRATADA** qualquer direito de indenização ou reparação.

16.6. As partes estarão eximidas de suas responsabilidades e, conseqüentemente, da aplicação de quaisquer penalidades, nada podendo pleitear uma da outra, a que título for, em caso de força maior, greves ou atos de terrorismo, casos em que os serviços eventualmente ainda não prestados não serão reembolsados.

17. PRAZO DO CONTRATO

17.1. A vigência deste contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, através de Termo Aditivo.





18. DEMAIS CONDIÇÕES CONTRATUAIS

18.1. Constam da Minuta anexa a este Edital (Anexo 02).

19. DISPOSIÇÕES FINAIS

19.1. O presente processo seletivo não importa, necessariamente, em contratação, podendo a Confederação Brasileira de Remo, revogá-la, no todo ou em parte, por razões de interesse público, derivadas de fato superveniente comprovado ou anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação mediante ato escrito e fundamentado disponibilizado no sistema para conhecimento dos participantes deste processo seletivo. A Confederação Brasileira de Remo poderá, ainda, prorrogar, a qualquer tempo, os prazos para recebimento das propostas ou para sua abertura.

19.2. A proponente é responsável pela veracidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase deste processo seletivo. A falsidade de qualquer documento apresentado ou das informações nele contidas implicará a imediata desclassificação do proponente que o tiver apresentado, ou, caso tenha sido o vencedor, a rescisão do contrato, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

19.3. É facultado ao Pregoeiro, ou à autoridade a ele superior, em qualquer fase do processo seletivo, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

19.4. Os proponentes intimados para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pelo Pregoeiro, sob pena de desclassificação.

19.5. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta.

19.6. As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os proponentes, desde que não comprometam o interesse da Confederação Brasileira de Remo, a finalidade e a segurança da contratação.

19.7. As decisões referentes a este processo serão comunicadas aos proponentes por e-mail indicado nos documentos de habilitação.

19.8. A participação do proponente neste processo seletivo implica em aceitação de todos os termos deste Edital.

19.9. O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste Edital será o da cidade do Rio de Janeiro, considerado aquele a que está vinculado o Pregoeiro.





19.10. Os casos omissos neste Edital, serão resolvidos pelo Pregoeiro, nos termos da legislação pertinente.

Florianópolis, 07 de Dezembro de 2018.

Edson Altino Pereira Junior

Presidente da Confederação Brasileira de Remo

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





ANEXO 01 – TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. Contratação de empresa operadora de plano de assistência médico-hospitalar, compreendendo ampla rede de assistência e atendimento, que forneça os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, bem como assistência odontológica, compreendendo os procedimentos odontológicos previstos no ato normativo da ANS para o atendimento dos funcionários da Confederação Brasileira de Remo, em todo território nacional, conforme descrito no presente EDITAL e seus anexos.

1.2. Estima-se o número de usuários em 12 (doze) vidas, tendo como base o número de funcionários previstos em 2019, data prevista para a contratação da empresa que vier a ser vencedora.

1.3. A Licitante Vencedora deverá custear as despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do Segurado incluído na apólice, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e do trabalho e necessidade de atendimento obstétrico, com cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização e suas Diretrizes Clínicas, editado pela ANS vigente à época do evento, em todo o território nacional.

1.4. O atendimento aos segurados fica restrito aos profissionais e instituições médico-hospitalares constantes da Lista de Referência da rede credenciada, que a operadora ou seguradora deverá disponibilizar contendo os profissionais e instituições médicas referenciados, integrantes da Rede Referenciada.

2. COBERTURA HOSPITALAR

2.1. A LICITANTE VENCEDORA custeará por meio de pagamento direto à rede referenciada as despesas médico-hospitalares cobertas, sem limitação de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em todo território nacional, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, desde que haja necessidade clínica, em conformidade com a Lei nº 9.656/98 e suas posteriores atualizações e as resoluções da ANS quando aplicáveis, e no mínimo, nas seguintes especialidades:

a) Alergologia, Anestesiologia, Angiologia/Cirurgia Vasculár, Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Cabeça e Pesçoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva, Fisiatria,





Gastroenterologia, Gastroenterologia Infantil, Genética, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Nefrologia Pediátrica, Neurologia, Neurologia Infantil, Oftalmologia, Oncologia Clínica, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Radiologia, Radioterapia, Reumatologia, Ultrasonografia e Urologia.

- b) Internações clínicas e cirúrgicas;
- c) Internações decorrentes de emergências ou urgências;
- d) Tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID10);
- e) Atendimentos obstétricos que se relacionem ao pré-natal, à gestação, partos normais, cesarianas e ao puerpério, complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da de ontologia médica, além de despesas com berçário;
- f) Pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação contratada;
- g) Transplante de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alo gênico) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- h) Despesas relativas a transplantes, quais sejam, as assistenciais com doadores vivos; as com medicamentos utilizados durante a internação, as com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e as com captação, transporte e preservação dos órgãos.
- i) Exames e testes para a escolha do doador (como, por exemplo, o de compatibilidade genética) relativos a estes procedimentos serão pagos por regime de reembolso, seguindo as diretrizes da ANS.





- j) Implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A LICITANTE VENCEDORA cobrirá as próteses, órteses de origem nacional e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico;
- k) Cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.
- l) dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- m) Cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- n) Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista ou pelo médico, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico ministrados durante o período de internação hospitalar, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- o) Cobertura da estrutura hospitalar e equipe de saúde necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões utilizadas durante o período de internação hospitalar, desde que estritos à finalidade de natureza odontológica;
- p) Saúde ocupacional, assim considerando o tratamento de doenças profissionais e o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho que necessitem de internação hospitalar; e
- q) Demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.2. Além das especialidades citadas na cláusula segunda, acima, são consideradas despesas médico-hospitalares e serão cobertos os gastos com:





- a) Internação em quarto particular, com estrutura contendo pelo menos TV, telefone e sistema de viva-voz para falar com a enfermagem;
- b) Utilização de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva, ou semi intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem indispensável ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
- c) Alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
- d) Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- e) Materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) Gases medicinais indispensáveis ao tratamento, até a alta hospitalar;
- g) Acomodação e alimentação, quando fornecidas e incluídas pelo hospital na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições:
 - g.1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião dentista assistente;
 - g.2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico-assistente ou cirurgião dentista assistente; e
 - g.3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (48 horas), salvo contra-indicação do médico-assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante;
- h) Remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro do território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;
- i) Taxas hospitalares inerentes à assistência médico-hospitalar e;





- j) Honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, os quais incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;
- k) Honorários médicos referentes a procedimentos de diagnose e terapia;
- l) Exames laboratoriais para controle da evolução da doença;
- m) Exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilo gráficos, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e à sua elucidação diagnóstica;
- n) Transusão de sangue e seus derivados;
- o) Tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal-CAPD, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica; e;
- p) Outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3. ESCOPO DOS SERVIÇOS:

As consultas serão em consultório, clínicas particulares dos médicos credenciados ou em ambulatórios, quando for o caso, após prévio agendamento.

3.1. Consultas Médicas: A Operadora/Seguradora custeará as despesas provenientes de consultas médicas, em número ilimitado, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados, em clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas relativas ao pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 12, inciso I, alínea "a" da Lei nº9.656/98

3.2. Cobertura Ambulatorial:

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





a) O ATENDIMENTO AMBULATORIAL consiste na cobertura de consultas médicas e exames de diagnóstico e terapia, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

b) Procedimento ambulatorial é o que demanda de observação até o limite 12 (doze) horas, conceituada como estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, observação clínica, recuperação pós-operatória ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento do usuário.

3.3. Exames Clínicos e Laboratoriais: Trata-se do conjunto de exames e testes visando um diagnóstico ou confirmação de uma patologia ou para um check-up (exame de rotina), que a Operadora/Seguradora custeará, quando realizados por indicação médica.

a) Análises clínicas;

b) Anatomopatologia;

c) Radiologia;

d) Eletrocardiografia;

e) Eletroencefalografia simples;

f) Ultrassonografia;

g) Endoscopias em geral; e

h) Outros exames constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.4. Terapias:





A Operadora/Seguradora custeará, quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica. As terapias com números limitados de sessões terão as quantidades de sessões contabilizadas a cada ano de contrato, de forma não cumulativa:

- a) Atendimento com fisioterapia, realizada por fisioterapeuta ou fisiatra, decorrente de acidente ou doença, inclusive ocupacional;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia, incluindo a radio moldagem, o rádio implante e abraquterapia;
- d) Litotripsia;
- e) Hemodiálise e diálise peritoneal,
- f) Hemoterapia e hemodinâmica ambulatoriais;
- g) Atendimento com nutricionista, limitado a 6(seis) sessões, podendo ser estendidas até 18 (dezoito), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- h) Atendimento com fonoaudiólogo, limitado a 6 (seis) sessões, podendo ser estendidas até 24 (vinte e quatro), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- i) Atendimento com terapeuta ocupacional, limitado a 12 (doze) sessões, podendo ser estendidas até 40(quarenta), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- j) Atendimento com psicólogo, limitado a 12(doze) sessões nos casos de psicoterapia, podendo ser estendidas até 40(quarenta) nos demais atendimentos, desde que sejam





preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos;

k) Demais terapias integrantes do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento; e;

l) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.5. **Psiquiatria:**

Fica assegurada a cobertura hospitalar psiquiátrica adiante, em número ilimitado de dias, custeadas pela Operadora/Seguradora por meio de pagamento direto à rede referenciada as despesas realizadas com o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos:

a) Internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) Internação em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização

c) Atendimento de emergência ao Segurado, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou autoagressão;

d) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e outros procedimentos ambulatoriais.

e) Atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.





3.6. Urgência e Emergência:

- a) São casos de emergência os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, caracterizado por declaração do médico assistente e são considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são considerados emergências as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o USUÁRIO ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- b) Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços de Prontos-Socorros credenciados pela LICITANTE VENCEDORA, na modalidade prevista no contrato, devendo para tanto, identificarem-se como USUÁRIOS e apresentar o cartão de identificação.
- c) Nas emergências e urgências o atendimento será em Prontos-Socorros credenciados durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, em qualquer dia da semana.
- d) Nas emergências clínicas ou cirúrgicas e internações obstétricas, a Assistência Médica será prestada pelos médicos plantonistas dos hospitais ou prontos-socorros credenciados.
- e) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do seguro.
- f) Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, conforme diretriz da ANS.
- g) Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento hospitalar da rede referenciada. A Operadora/Seguradora garantirá ao paciente a cobertura de remoção, cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção, para uma unidade a ele conveniada, que disponha dos recursos necessários a garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos





necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade conveniada.

3.7. Internação:

A LICITANTE VENCEDORA assegurará aos usuários em caso de internação nos hospitais de sua rede credenciada, os seguintes serviços:

- a) Assistência médica através de seus médicos credenciados;
- b) Exames complementares indispensáveis para o controle da doença e elucidação diagnóstica, solicitados pelo médico assistente e realizados dentro da área de atuação da LICITANTE VENCEDORA;
- c) Fornecimento de medicamentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação;
- d) Anestésicos;
- e) Gases medicinais;
- f) Transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia;
- g) Alimentação;
- h) Diária de hospitalização em quarto particular, com estrutura contendo pelo menos TV, telefone e sistema de viva-voz para falar com a enfermagem, incluindo taxas;
- i) Hemoterapia e;
- j) Remoção do usuário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar. Quando da necessidade de remoção, caberá ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora do serviço de remoção e certificar-se da existência, no estabelecimento a que se destina o paciente, de recursos necessários a garantir





a continuidade do atendimento. Caso haja indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional.

3.7.1. Não haverá limite de permanência para internações hospitalares para tratamento clínico, cirúrgico ou internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, estarão sujeitas à auditoria médica e controle interno da LICITANTE VENCEDORA.

3.7.2. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido de internação, feito pelo médico credenciado e a guia de internação e consequentes guias de diagnóstico e terapia que serão expedidas pela LICITANTE VENCEDORA em favor do usuário e poderão se sujeitar a auditoria médica.

3.7.3. Nos casos de urgência/emergência, estes documentos serão providenciados pelo hospital prestador do serviço junto a LICITANTE VENCEDORA.

3.7.4. Haverá cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, salvo no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar.

3.7.5. Os usuários obrigam-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, um documento de identidade e o cartão de identificação válido quando for o caso.

3.7.6. A LICITANTE VENCEDORA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico, produtos de toalete, refeições e despesas (extraordinárias) de acompanhantes. O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao hospital.

3.8. **Atendimento Obstétrico:**

A LICITANTE VENCEDORA assegurará o ATENDIMENTO OBSTÉTRICO, na rede por ela mantida ou credenciada na sua área de atuação, através da emissão prévia de guia de internação hospitalar, além de cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





Estão excluídas da cobertura do seguro as despesas médico hospitalares não previstas neste Edital bem como o nas Diretrizes de Utilização da ANS, decorrentes de ou realizadas com:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela ANS e demais órgãos competentes;
- b) Consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care");
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago e a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama ou cirurgia plástica reparadora para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos ou procedimentos executados na vigência do contrato.
- d) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oocistos e esperma a para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oocistos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, Spas, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) Tratamento esclerosante de varizes;
- g) Tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;
- h) Medicamentos importados não nacionalizados;
- i) Exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;





- j) Vacinas e medicações orais de qualquer natureza administradas em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial;
- k) Medicamentos e materiais cirúrgicos, cuja eficácia tenha sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e CITEC;
- l) Curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico;
- n) Qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização;
- o) Órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita
- p) Cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva diretriz de utilização vigentes à época da ocorrência do evento;
- q) Internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- r) Remoção aérea ou marítima;
- s) Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- t) Quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais com os serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;
- u) Equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;





5. CARÊNCIA:

5.1. Os prazos de carência (período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas) para os funcionários da CBR, que tiverem interesse em serem vinculados, desde que incluídos na data da assinatura do instrumento contratual, deverão ser no máximo:

- a) Imediatamente a partir da data de vigência do segurado para acidente pessoal;
- b) 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;
- c) 15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, fonoaudiologia e psicomotricidade, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;
- d) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para:
 - Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e sem finalidade estética;
 - Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.
 - Internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, escleroterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro.
- e) 300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo.





5.2. A CBR comunicará para a LICITANTE VENCEDORA toda admissão de funcionário que deseje ser vinculado ao plano, para sua inclusão nos serviços de assistência médica. A inscrição de novos funcionários deverá ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na CBR.

5.3. Os novos usuários, quando incluídos após 30 (trinta) dias da vigência do contrato, sofrerão as carências previstas pela LICITANTE VENCEDORA, que poderão ser no máximo:

- a) um período máximo de 300 dias para partos a termos; e,
- b) um período máximo de 180 dias para os demais casos, excluindo-se os casos de urgência e emergência, que deverão ter seu atendimento imediato.

5.4. A CBR comunicará para a LICITANTE VENCEDORA toda exclusão de beneficiários, para que seja realizado o bloqueio do atendimento.

5.4.1. A LICITANTE VENCEDORA deverá, quando da exclusão do usuário, garantir o atendimento até o término do mês do desligamento.

6. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES:

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde.

6.1. O proponente deverá informar à Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.

6.2. O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus.

6.3. Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa orientação.





6.4. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

6.5. Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora poderá oferecer a Cobertura Parcial Temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.

6.6. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.

6.7. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

6.7.1. Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

6.8. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.

6.9. Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.

6.10. A Seguradora poderá oferecer CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.





6.11. A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.

6.11.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.

6.12. A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

6.13. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

6.14. Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.

6.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

6.16. Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.

7. DO PERFIL DOS USUÁRIOS:

7.1. O perfil por idade dos usuários tem como base o número de funcionários previstos em 2019, data prevista para a contratação da empresa que vier a ser vencedora.

7.2. Estima-se o número de usuários em 12 (Doze) vidas, que deverá ser considerada na proposta inicial de preços, conforme detalhado abaixo.





FAIXA ETÁRIA	NÚMERO ESTIMADO DE USUÁRIOS
24-28	1
29-33	2
34-38	3
39-43	1
44-48	1
49-58	2
59 ou mais	2
TOTAL DE VIDAS	12

7.3. Na data de assinatura do contrato será informado pela CONTRANTE o número exato de usuários que serão inclusos inicialmente.

7.4. O número de usuários que serão inclusos, tanto inicialmente quanto no decorrer do contrato, poderá ser menor do que o estimado, pois poderá não haver adesão de todos os funcionários, devido a parte do valor do plano poderá ser repassado aos usuários, a critério da CBR.

7.4.1. Caso ocorra o repasse de parte dos custos, o valor será descontado diretamente em folha do usuário, não podendo este desconto ultrapassar o percentual de 60% (sessenta por cento) do valor total ofertado para a faixa etária do usuário.

7.4.2. O número de usuários não poderá ser menor do que 03 (três) vidas, sendo este o número mínimo para início de vigência de contrato, assim como a continuidade da vigência, sendo que caso haja desinteresse de adesão do plano por parte dos funcionários, devido aos custos que poderão ser repassados, o contrato poderá não ser assinado entre as partes, sem que caiba à Licitante Vencedora qualquer direito de indenização ou reparação.

7.5. O número de usuários também poderá ser maior do que o estimado, tanto inicialmente quanto no decorrer do contrato, pois além dos funcionários atuais, poderá haver a inclusão de novos funcionários, dirigentes da entidade, membros da assembleia, comissão técnica e atletas da Seleção Brasileira de Remo, de acordo com as disponibilidades financeiras da Entidade, sendo todos esses considerados “beneficiários”.





7.5.1. Também poderão ser incluídos no plano, a critério da CBR, os dependentes dos beneficiários titulares, sendo responsabilidade financeira de cada beneficiário com desconto em folha e pagos em sua totalidade. São eles:

- a) Cônjuge ou Companheira (o);
- b) Filhos (as) ou enteados/tutelados (as) até 30 anos; e
- c) Filhos (as) portadores de deficiência física e/ou mental comprovada pela Área Médica do contratante, de qualquer idade.

7.5.2. Os valores ofertados serão os mesmos para beneficiários titulares e dependentes, caso sejam incluídos futuramente.

7.5.3. Em caso de inclusão de dependentes dos beneficiários titulares, o valor cobrado para a faixa etária do dependente será repassado na sua totalidade, pela CBR, ao beneficiário titular, sendo o valor descontado diretamente em folha do usuário.

7.5.4. Caso haja inclusão de dependente (s), o (s) mesmo (s) somente poderá (ão) permanecer no plano enquanto o beneficiário titular estiver ativo no plano.

8. REQUISITOS MÍNIMOS DA REDE REFERENCIADA:

8.1. Na Rede Referenciada deverão constar minimamente os seguintes hospitais no Município do Rio de Janeiro e Florianópolis: Rio de Janeiro - Rede D'Or (pelo menos 3 hospitais da Rede), Perinatal e Hospital Pasteur, além de hospitais de similar padrão na Zona Norte e Centro do município do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Grande Rio e Baixada Fluminense. Florianópolis – Hospital SOS Cardio, Hospital Baía Sul, Ilha Hospital e Maternidade, Arco Iris Clínica de Pediatria, Clínica Médica Laitano, Ortoclini, Policlínica São Lucas assim como em todo território nacional

8.2. Na Rede Referenciada deverão constar rede de exames laboratoriais e de imagem minimamente nos seguintes laboratórios: Rio de Janeiro - Lab's A+, Sérgio Franco e Bronstein Florianópolis – MedSom, Sonitec e Bionuclear, além de rede de exames laboratoriais e de imagem de similar padrão em todo território nacional.

9. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





9.1. A Cobertura do plano ou seguro proposto deverá ser nacional.

10. COPARTICIPAÇÃO / FATOR MODERADOR:

10.1. Não haverá coparticipação / fator moderador para esse contrato.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL:

11.1. O pagamento do prêmio mensal será realizado somente e diretamente à Operadora/Seguradora que vier a ser contratada contra emissão de Nota Fiscal e será calculado pelo valor unitário ofertado multiplicado pelo número de vidas seguradas no mês, conforme os preços ofertados na proposta final da participante.

11.2. O prêmio mensal deverá ser pago pela CBR à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

11.3. A CBR obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, através de emissão de faturas.

11.4. O vencimento dos prêmios mensais será sempre o mesmo dia da quitação bancária do 1º (primeiro) prêmio. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

11.5. Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.

11.6. As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

11.7. Se a CBR não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.





11.8. O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.

11.9. O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência da CBR.

11.10. O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

11.11. O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que a CBR solicitou o cancelamento do seguro com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.

11.12. O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

11.13. Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

12. REAJUSTE

12.1. Os valores fixados no contrato serão reajustados anualmente conforme índice de reajuste da operadora/seguradora registrado na ANS para grupos de 3 a 29 vidas na data-base de aniversário, o mês de assinatura do Contrato, com comunicação antecipada à Contratante, ou seja, na data de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, possua até 29 (vinte e nove) Segurados, seu reajuste será calculado considerando todo o grupo de empresas na mesma condição e o percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo, independente do plano contratado.

12.1.1. Apuração da quantidade de vidas

As Empresas Contratantes terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de vidas o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.

12.1.2. Cálculo do Percentual de Reajuste Único

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente com base no Percentual de Reajuste Único – PRU, composto pelos critérios abaixo, independentemente do reajuste aplicado automaticamente quando da mudança de faixa etária.

12.1.3. Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, e coberturas adicionais

12.1.3.1. A VCMH, que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência.

12.1.3.2. Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

12.1.3.3. A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH.

12.1.4. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

12.1.4.1. O prêmio do seguro será reajustado sempre que o Índice de Reajuste de Sinistralidade - IRS apurado no agrupamento estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

12.1.4.2. Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 309, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 26.1.1.

12.1.4.3. Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência.





12.1.4.4. Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

12.1.4.5. Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

12.1.4.6. Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do IRS, que será utilizado na fórmula para compor o Percentual de Reajuste Único – PRU.

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

Σ Sinistros = Soma dos sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

Σ Prêmios = Soma dos prêmios pagos líquidos de impostos e comissões dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência.

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

12.1.5. Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados pelas seguintes fórmulas:

12.1.5.1. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que foram considerados no agrupamento, sendo:

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;





IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

12.1.6. Aplicação do Percentual de Reajuste Único

O PRU (Percentual de Reajuste Único) será o máximo a ser aplicado ao prêmio mensal dos contratos que fizerem parte do agrupamento, respeitada a data de aniversário dos contratos e ou o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.

12.1.7. Comunicação do Percentual de Reajuste Único

O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos deverá ser divulgado anualmente pela Seguradora e será informado se a CBR integrou o agrupamento de contratos, além de comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a. Assegurar a execução dos serviços, conforme estabelecido neste documento, garantindo atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, em âmbito nacional, de livre escolha do beneficiário, de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, bem como atendimentos de urgência e emergência.
- b. Garantir cobertura de quaisquer exames, procedimentos e eventos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e indicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Resolução Normativa Nº 262, de 01 de agosto de 2011, bem como as futuras atualizações;
- c. Entregar aos beneficiários o Manual de Orientação para o Usuário de Planos de Saúde e o Guia de Orientação Médica e Rede Credenciada;
- d. Fornecer os cartões ou carteiras de identificação, sem ônus, aos beneficiários da CBR, constando seus nomes e o plano a que pertencem, até o prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data da inclusão ou da solicitação de 2ª via, podendo cobrar uma taxa quando informada, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios;





- e. Caso o proponente utilize em suas carteiras de identificação datas de validade, instituir controle de validade das mesmas, devendo, até o prazo máximo de 20 (vinte) dias antes de expirado o prazo de validade, entregar novas carteiras a CBR, relativamente aos usuários que se encontrem na situação descrita;
- f. Fornecer aos beneficiários e também sempre que solicitado pela CBR guia médico impresso ou virtual acessível por internet, constando relação atualizada com nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outras instituições da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente;
- g. Assumir inteira responsabilidade civil e administrativa por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados aos beneficiários dos serviços contratados em razão de sua prestação de serviços, desde que seja comprovada sua culpa ou dolo;
- h. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral, executando os serviços ofertados sempre por meio de médicos e/ou estabelecimentos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina, com reputação ilibada e idoneidade reconhecida;
- i. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, se faz necessária a comunicação à Contratante com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, devendo credenciar outro com no mínimo o mesmo porte, com a mesma capacidade técnica, abrangência, número de leitos e qualidade;





- j. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da empresa durante o período de internação do beneficiário, a mesma se obriga a providenciar a manutenção da internação naquele estabelecimento e a pagar as respectivas despesas até a alta hospitalar;
- k. Deve ser assegurado aos beneficiários excluídos do Plano Privado de Saúde da CBR, o direito de manter sua condição de consumidor no Plano de Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da existência entre ele ou o titular e a CBR, desde que assuma seu pagamento integral e mediante negociação com a empresa, de acordo com a legislação vigente, especialmente, pelo período mínimo de um terço calculado sobre o tempo de permanência no Plano Privado de Assistência Médica à Saúde, na forma do Art. 30, da Lei 9.656/1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.1777-44/2001;
- l. Prestar os serviços de forma contínua, não sendo admitida interrupção de qualquer natureza, exceto os prejuízos resultantes de caso fortuito ou força maior, mediante justificativa;
- m. Manter a CBR informada sobre quaisquer eventos que dificultem ou interrompam o curso normal de execução contratual;
- n. Encaminhar, mensalmente à CBR, o relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por especialidade e titular, além de relatório de eventos, bem como, quando necessário, dispor de profissional para orientação na sede da contratante da forma adequada de utilização do Plano de Saúde;
- o. Assegurar aos beneficiários da CBR, sempre que possível e quando houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;
- p. Assegurar aos usuários autorização para procedimentos de forma ágil, sempre em tempo real, exceto nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para a sua liberação, a qual não deve exceder o prazo máximo conforme diretriz da ANS.
- q. Pôr à disposição da CBR um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação mensal dos beneficiários, quais sejam: os formulários de inclusão ou exclusão do plano;





- r. Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontadas pela CBR, responsabilizando-se pelos fatos advindos da ineficiência, morosidade e irregularidades praticadas por seus empregados e prepostos, exceto no que se refere a procedimentos médicos, em que prevalece a relação médico-paciente, e a responsabilidade de ambos;
- s. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a responsabilidade pela execução dos serviços, objeto do presente documento;
- t. Não se valer de um futuro contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem a prévia autorização da CBR;
- u. Disponibilizar aos Segurados da CBR uma central de atendimento 24 horas (0800) para informações sobre as coberturas contratadas, rede credenciada, autorizações de exames, internações e demais informações complementares que auxiliem o acesso ao uso dos serviços;
- v. Resguardar o sigilo dos dados e documentos que lhe forem confiados para o desempenho dos serviços;
- w. Indicar um profissional na qualidade de preposto, Em Florianópolis/SC, responsável pelo relacionamento com a CBR e que possa ser contactado 24 horas por dia, em caso de urgência. Em caso de férias, ausência ou troca desse profissional, a CBR deverá ser comunicada com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência.
- x. Responsabilizar-se por todas as despesas diretas ou indiretas, tais como: salários, transportes, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, e de órgão de classe, indenizações e quaisquer outras que forem devidas aos seus empregados no desempenho dos serviços, ficando a CBR isento de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

14. OBRIGAÇÕES DA CBR

- a. Relacionar os beneficiários com todos os dados necessários para fins de cadastramento;





- b. Informar, por escrito ou via eletrônica, mensalmente, as inclusões e exclusões do plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do direito ao atendimento;
- c. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;
- d. Efetuar o pagamento na forma estabelecida neste documento;
- e. Proporcionar as facilidades necessárias à empresa a fim de que possa desempenhar normalmente os serviços.

15. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. A LICITANTE VENCEDORA deverá emitir cartão de identificação para cada beneficiário, em até 15 (quinze) dias da sua inscrição no cadastro, sem qualquer custo.

15.2. Para a realização do atendimento, junto à rede credenciada da Licitante Vencedora, é indispensável a apresentação de cartão de identificação fornecido pela LICITANTE VENCEDORA, acompanhada de documento de identidade pessoal e quando menor da certidão de nascimento.

15.3. No caso de perda, roubo ou extravio do cartão de identificação do usuário, devidamente comprovado, será emitido novo cartão, mediante o repasse dos custos inerentes ao usuário.

15.4. A CBR não se responsabilizará por despesas e quaisquer serviços utilizados fora daqueles relacionados, e que não estejam devidamente autorizados pela mesma.

15.5. A LICITANTE VENCEDORA não reconhece e nem se responsabiliza por qualquer acordo fora das coberturas contratuais ajustado particularmente pelos usuários da CBR e por esta com hospitais, entidades ou médicos credenciados ou não a ela.

15.6. Para fins deste instrumento, acidente pessoal é o evento exclusivo com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, violento, involuntário, causador de lesão física, que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico.





15.7. Para a LICITANTE VENCEDORA ficará reservado o direito de a qualquer tempo, cancelar contratos com hospitais, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, comunicando a CBR com antecedência de 30 (trinta) dias, salvo fraude da empresa credenciada.

15.8. O não exercício, pelas partes, de direitos garantidos pela Lei ou por este Contrato, com seus respectivos Anexos e documentos aplicáveis, não significará renúncia ou novação, podendo as partes exercê-los a qualquer momento.

15.9. A CONTRATANTE e a CONTRATADA são partes independentes. Nada neste Contrato fará com que uma parte seja considerada empregada, parceira em joint-venture, sócia ou representante legal da outra parte. Exceto se de outra forma expressamente contida neste Contrato, as partes não terão, nem tampouco declararão a terceiros que têm, quaisquer poderes ou autoridade para agir em nome uma da outra.

15.10. Cada uma das partes será responsável, em todos os aspectos, por seus negócios, atividades, obrigações de qualquer natureza, inclusive civis, penais, comerciais, trabalhistas, fiscais e previdenciárias.

15.11. A prestação dos Serviços ora contratados não criará, em hipótese alguma, qualquer vínculo empregatício entre a CONTRATANTE e os funcionários da CONTRATADA, eis que os mesmos são hierárquica e funcionalmente subordinados à CONTRATADA, de quem será a exclusiva responsabilidade pelo pagamento dos salários, encargos trabalhistas e previdenciários, impostos e outros acréscimos pertinentes que digam respeito a seus funcionários e demais contratados.

15.12. É vedado a qualquer das partes delegar, ceder ou transferir, total ou parcialmente, os direitos e deveres do presente Contrato, sem a prévia e expressa autorização da outra parte.

Autoridade Competente

Edson Altino Pereira Junior

Presidente Confederação Brasileira de Remo





ANEXO 02 – Minuta de Contrato

INSTRUMENTO PARTICULAR DE
CONTRATO QUE ENTRE SI FAZEM A
CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE REMO
E A _____, na
forma abaixo:

Pelo presente instrumento, nesta e na melhor forma de direito, de um lado a CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE REMO (CBR), associação de fins não econômicos, de caráter desportivo, com sede na Avenida Graça Aranha, 145 GRP 709 – Centro – Rio de Janeiro / RJ - CEP 20030-003, no uso de suas atribuições legais, neste ato representado na forma de seu Estatuto, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE, e, de outro lado, _____ sociedade inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, com sede na _____, neste ato representada na forma de seu contrato social por _____, doravante denominada CONTRATADA, considerando que esta última sagrou-se vencedora do Processo Seletivo nº 004/2018 RP têm entre si ajustada a prestação de serviços de _____, mediante as cláusulas e condições seguintes que mutuamente aceitam, outorgam e estipulam:

1. OBJETO

1.1. O objeto do presente Contrato é a operação, pela CONTRATADA, de plano de assistência médico-hospitalar, compreendendo os serviços clínicos e cirúrgicos, ambulatoriais, internação clínica, cirúrgica e obstétrica, através de médicos, hospitais e outros serviços auxiliares de diagnósticos e terapia e plano de assistência odontológica para o atendimento dos funcionários da CONTRATANTE.

1.2. A Licitante Vencedora deverá custear as despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do Segurado incluídos na apólice, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e do trabalho e necessidade de atendimento obstétrico, com cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização e suas Diretrizes Clínicas, editado pela ANS vigente à época do evento, em todo o território nacional.

1.3. O atendimento aos segurados fica restrito aos profissionais e instituições médico-hospitalares constantes da Lista de Referência da rede credenciada, que a operadora ou seguradora deverá disponibilizar contendo os profissionais e instituições médicas referenciados, integrantes da Rede Referenciada.





2. COBERTURA HOSPITALAR

2.1. A LICITANTE VENCEDORA custeará por meio de pagamento direto à rede referenciada as despesas médico-hospitalares cobertas, sem limitação de prazo de internação, valor máximo e quantidade, em todo território nacional, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive em unidade ou centro de terapia intensiva ou similar, desde que haja necessidade clínica, em conformidade com a Lei nº 9.656/98 e suas posteriores atualizações e as resoluções da ANS quando aplicáveis, e no mínimo, nas seguintes especialidades:

- a) Alergologia, Anestesiologia, Angiologia/Cirurgia Vascul ar, Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva, Fisiatria, Gastroenterologia, Gastroenterologia Infantil, Genética, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Nefrologia Pediátrica, Neurologia, Neurologia Infantil, Oftalmologia, Oncologia Clínica, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Radiologia, Radioterapia, Reumatologia, Ultrasonografia e Urologia.
- b) Internações clínicas e cirúrgicas;
- c) Internações decorrentes de emergências ou urgências;
- d) Tratamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID10);
- e) Atendimentos obstétricos que se relacionem ao pré-natal, à gestação, partos normais, cesarianas e ao puerpério, complicações no processo gestacional, bem como abortos determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, desde que observados os princípios da de ontologia médica, além de despesas com berçário;
- f) Pequenas intervenções cirúrgicas em ambulatório ou clínica, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a segmentação contratada;





- g) Transplante de rim, córnea e medula óssea (autólogo e alo gênico) listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento;
- h) Despesas relativas a transplantes, quais sejam, as assistenciais com doadores vivos; as com medicamentos utilizados durante a internação, as com acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e as com captação, transporte e preservação dos órgãos.
- i) Exames e testes para a escolha do doador (como, por exemplo, o de compatibilidade genética) relativos a estes procedimentos serão pagos por regime de reembolso, seguindo as diretrizes da ANS.
- j) Implantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A LICITANTE VENCEDORA cobrirá as próteses, órteses de origem nacional e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico;
- k) Cirurgias restauradoras de funções e a cirurgia plástica que não tenham finalidade estética, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.
- l) dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- m) Cirurgia reconstrutiva de mama, utilizando os meios e técnicas necessárias para a correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;
- n) Cobertura de cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista ou pelo médico, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico ministrados durante o período de internação hospitalar, observadas as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;





- o) Cobertura da estrutura hospitalar e equipe de saúde necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões utilizadas durante o período de internação hospitalar, desde que estritos à finalidade de natureza odontológica;
- p) Saúde ocupacional, assim considerando o tratamento de doenças profissionais e o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho que necessitem de internação hospitalar; e
- q) Demais tratamentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.2. Além das especialidades citadas na cláusula segunda, acima, são consideradas despesas médico-hospitalares e serão cobertos os gastos com:

- a) Internação em quarto particular, com estrutura contendo pelo menos TV, telefone e sistema de viva-voz para falar com a enfermagem;
- b) Utilização de centro cirúrgico, unidade ou centro de terapia intensiva, ou semi intensiva, leitos especiais e toda a aparelhagem indispensável ao tratamento do paciente, durante a internação hospitalar;
- c) Alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;
- d) Serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular;
- e) Materiais, anestésicos e medicamentos necessários ao tratamento, até a alta hospitalar;
- f) Gases medicinais indispensáveis ao tratamento, até a alta hospitalar;
- g) Acomodação e alimentação, quando fornecidas e incluídas pelo hospital na diária de acompanhante, para 1 (um) acompanhante de paciente internado, nas seguintes condições:





- g1) crianças e adolescentes com menos de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade; conforme indicação de médico ou cirurgião dentista assistente;
- g2) portadores de deficiência, conforme indicação do médico-assistente ou cirurgião dentista assistente; e
- g3) parturiente, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato (48 horas), salvo contra-indicação do médico-assistente, ou, quando houver indicação, limitado ao previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e o custo relativo à paramentação de seu acompanhante;
- h) Remoção de paciente em ambulância, por via terrestre, para outro estabelecimento hospitalar dentro do território brasileiro, quando solicitada e justificada pelo médico assistente;
- i) Taxas hospitalares inerentes à assistência médico-hospitalar e;
- j) Honorários médicos relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação, os quais incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliar (es), anestesista e instrumentador;
- k) Honorários médicos referentes a procedimentos de diagnóstico e terapia;
- l) Exames laboratoriais para controle da evolução da doença;
- m) Exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilo gráficos, desde que referentes a tratamentos cobertos, indispensáveis ao controle da evolução da doença e à sua elucidação diagnóstica;
- n) Transfusão de sangue e seus derivados;
- o) Tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal-CAPD, hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em





hemodinâmica, embolização, radiologia intervencionista, exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos e fisioterapia, segundo necessidade clínica; e;

p) Outras despesas constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3. ESCOPO DOS SERVIÇOS:

As consultas serão em consultório, clínicas particulares dos médicos credenciados ou em ambulatórios, quando for o caso, após prévio agendamento.

3.1. Consultas Médicas: A Operadora/Seguradora custeará as despesas provenientes de consultas médicas, em número ilimitado, prestadas por clínicos ou especialistas legalmente habilitados, em clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas relativas ao pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na forma do art. 12, inciso I, alínea "a" da Lei nº9.656/98

3.2. Cobertura Ambulatorial:

a) O ATENDIMENTO AMBULATORIAL consiste na cobertura de consultas médicas e exames de diagnóstico e terapia, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

b) Procedimento ambulatorial é o que demanda de observação até o limite 12 (doze) horas, conceituada como estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, observação clínica, recuperação pós-operatória ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento do usuário.

3.3. Exames Clínicos e Laboratoriais: Trata-se do conjunto de exames e testes visando um diagnóstico ou confirmação de uma patologia ou para um check-up (exame de rotina), que a Operadora/Seguradora custeará, quando realizados por indicação médica.

- a) Análises clínicas;
- b) Anatomopatologia;
- c) Radiologia;





- d) Eletrocardiografia;
- e) Eletroencefalografia simples;
- f) Ultrassonografia;
- g) Endoscopias em geral; e
- h) Outros exames constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

3.4. Terapias:

A Operadora/Seguradora custeará, quando realizadas por indicação médica, segundo necessidade clínica. As terapias com números limitados de sessões terão as quantidades de sessões contabilizadas a cada ano de contrato, de forma não cumulativa:

- a) Atendimento com fisioterapia, realizada por fisioterapeuta ou fisiatra, decorrente de acidente ou doença, inclusive ocupacional;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia, incluindo a radio moldagem, o rádio implante e abraquiterapia;
- d) Litotripsia;
- e) Hemodiálise e diálise peritoneal,
- f) Hemoterapia e hemodinâmica ambulatoriais;
- g) Atendimento com nutricionista, limitado a 6(seis) sessões, podendo ser estendidas até 18 (dezoito), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);





h) Atendimento com fonoaudiólogo, limitado a 6 (seis) sessões, podendo ser estendidas até 24 (vinte e quatro), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol

de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

i) Atendimento com terapeuta ocupacional, limitado a 12 (doze) sessões, podendo ser estendidas até 40 (quarenta), desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

j) Atendimento com psicólogo, limitado a 12 (doze) sessões nos casos de psicoterapia, podendo ser estendidas até 40 (quarenta) nos demais atendimentos, desde que sejam preenchidos os critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização e Rol de Procedimentos e Eventos;

k) Demais terapias integrantes do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento; e;

l) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.5. Psiquiatria:

Fica assegurada a cobertura hospitalar psiquiátrica adiante, em número ilimitado de dias, custeadas pela Operadora/Seguradora por meio de pagamento direto à rede referenciada as despesas realizadas com o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos:

a) Internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) Internação em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização





- c) Atendimento de emergência ao Segurado, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou autoagressão;

- d) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e outros procedimentos ambulatoriais.

- e) Atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

3.6. Urgência e Emergência

- a) São casos de emergência os que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o USUÁRIO, caracterizado por declaração do médico assistente e são considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Nos casos de transtornos psiquiátricos, são considerados emergências as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o USUÁRIO ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

- b) Nos casos de urgência ou emergência, os USUÁRIOS poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços de Prontos-Socorros credenciados pela LICITANTE VENCEDORA, na modalidade prevista no contrato, devendo para tanto, identificarem-se como USUÁRIOS e apresentar o cartão de identificação.

- c) Nas emergências e urgências o atendimento será em Prontos-Socorros credenciados durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, em qualquer dia da semana.

- d) Nas emergências clínicas ou cirúrgicas e internações obstétricas, a Assistência Médica será prestada pelos médicos plantonistas dos hospitais ou prontos-socorros credenciados.

- e) O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal estará garantido, sem restrições, decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do seguro.





f) Estarão cobertos os atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, conforme diretriz da ANS.

g) Fica assegurada a cobertura de remoção ao paciente, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recursos para a continuidade do atendimento. Neste caso a remoção será realizada para um estabelecimento hospitalar da rede referenciada. A Operadora/Seguradora garantirá ao paciente a cobertura de remoção, cabendo ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora de serviço de remoção, para uma unidade a ele conveniada, que disponha dos recursos necessários a garantir continuidade de seu atendimento. Para a remoção, será utilizada ambulância que disporá de todos os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, ficando assegurada a assistência ao paciente até que seja efetivado o seu registro na unidade conveniada.

3.7. Internação:

A LICITANTE VENCEDORA assegurará aos usuários em caso de internação nos hospitais de sua rede credenciada, os seguintes serviços:

a) assistência médica através de seus médicos credenciados;

b) exames complementares indispensáveis para o controle da doença e elucidação diagnóstica, solicitados pelo médico assistente e realizados dentro da área de atuação da LICITANTE VENCEDORA;

c) fornecimento de medicamentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação;

d) anestésicos;

e) gases medicinais;

f) transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia;

g) alimentação;





h) diárias de hospitalização em quarto particular, com estrutura contendo pelo menos TV, telefone e sistema de viva-voz para falar com a enfermagem, incluindo taxas; i) hemoterapia e;

j) remoção do usuário, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar. Quando da necessidade de remoção, caberá ao estabelecimento hospitalar de origem providenciar o contato com a empresa prestadora do serviço de remoção e certificar-se da existência, no estabelecimento a que se destina o paciente, de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. Caso haja indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, é garantido ao Segurado o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional.

3.7.1. Não haverá limite de permanência para internações hospitalares para tratamento clínico, cirúrgico ou internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, estarão sujeitas à auditoria médica e controle interno da LICITANTE VENCEDORA.

3.7.2. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido de internação, feito pelo médico credenciado e a guia de internação e consequentes guias de diagnóstico e terapia que serão expedidas pela LICITANTE VENCEDORA em favor do usuário e poderão se sujeitar a auditoria médica.

3.7.3. Nos casos de urgência/emergência, estes documentos serão providenciados pelo hospital prestador do serviço junto à LICITANTE VENCEDORA.

3.7.4. Haverá cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, salvo no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar.

3.7.5. Os usuários obrigam-se, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, um documento de identidade e o cartão de identificação válido quando for o caso.

3.7.6. A LICITANTE VENCEDORA não se responsabilizará pelo pagamento de despesas extraordinárias realizadas pelo usuário internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico, produtos de toalete, refeições e despesas (extraordinárias) de acompanhantes. O pagamento destas despesas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao hospital.





3.8. Atendimento Obstétrico:

A LICITANTE VENCEDORA assegurará o ATENDIMENTO OBSTÉTRICO, na rede por ela mantida ou credenciada na sua área de atuação, através da emissão prévia de guia de internação hospitalar, além de cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídas da cobertura do seguro as despesas médico hospitalares não previstas neste Edital bem com o nas Diretrizes de Utilização da ANS, decorrentes de ou realizadas com:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela ANS e demais órgãos competentes;
- b) Consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care");
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago e a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama ou cirurgia plástica reparadora para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos ou procedimentos executados na vigência do contrato.
- d) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oocitos e esperma a para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oocitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- e) Tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, Spas, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) Tratamento esclerosante de varizes;





- g) Tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;
- h) Medicamentos importados não nacionalizados;
- i) Exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;
- j) Vacinas e medicações orais de qualquer natureza administradas em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial;
- k) Medicamentos e materiais cirúrgicos, cuja eficácia tenha sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e CITEC;
- l) Curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado;
- m) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico;
- n) Qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização;
- o) Órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita
- p) Cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva diretriz de utilização vigentes à época da ocorrência do evento;
- q) Internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;





- r) Remoção aérea ou marítima;
- s) Despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- t) Quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais com os serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;
- u) Equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;

5. CARÊNCIA:

5.1. Os prazos de carência (período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal pelo Estipulante, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas) para os funcionários da CBR, que tiverem interesse em serem vinculados, desde que incluídos na data da assinatura do instrumento contratual, deverão ser no máximo:

- a) Imediatamente a partir da data de vigência do segurado para acidente pessoal;
- b) 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;
- c) 15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, fonoaudiologia e psicomotricidade, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;
- d) 180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para:
 - Transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética.
 - Internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.





- Internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, escleroterapia, medicamentos antineoplásicos orais definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, litotripsias, escleroterapia e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro.

e) 300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo.

5.2. A CBR comunicará para a LICITANTE VENCEDORA toda admissão de funcionário que deseje ser vinculado ao plano, para sua inclusão nos serviços de assistência médica. A inscrição de novos funcionários deverá ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de sua admissão na CBR.

5.3. Os novos usuários, quando incluídos após 30 (trinta) dias da vigência do contrato, sofrerão as carências previstas pela LICITANTE VENCEDORA, que poderão ser no máximo:

a) um período máximo de 300 dias para partos a termos; e,

b) um período máximo de 180 dias para os demais casos, excluindo-se os casos de urgência e emergência, que deverão ter seu atendimento imediato.

5.4. A CBR comunicará para a LICITANTE VENCEDORA toda exclusão de beneficiários, para que seja realizado o bloqueio do atendimento.

5.5. A LICITANTE VENCEDORA deverá, quando da exclusão do usuário, garantir o atendimento até o término do mês do desligamento.

6. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES:

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas, que o segurado ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde.





- 6.1. O proponente deverá informar à Seguradora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, ou a qualquer tempo, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, que poderá ensejar a rescisão contratual.
- 6.2. O proponente tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada, sem qualquer ônus.
- 6.3. Caso o proponente opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede referenciada da Seguradora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa orientação.
- 6.4. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o proponente para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde devem ser declaradas as doenças ou lesões que o segurado saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ao seguro saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 6.5. Sendo constatada por perícia, entrevista qualificada ou através de declaração expressa do proponente, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Seguradora poderá oferecer a Cobertura Parcial Temporária, e, reserva-se o direito de não oferecer o agravo.
- 6.6. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da vigência do segurado no seguro saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo proponente ou seu representante legal.
- 6.7. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Seguradora suspenderá somente a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.





6.7.1. Os Procedimentos de Alta Complexidade – PAC encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

6.8. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência do segurado no seguro saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, prevista na Lei nº 9.656/1998.

6.9. Identificado indício de fraude por parte do Segurado, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do seguro saúde, a Seguradora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Segurado através de Termo de Comunicação ao Segurado.

6.10. A Seguradora poderá oferecer CPT ao Segurado pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao seguro saúde.

6.11. A Seguradora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude.

6.11.1. Instaurado o processo administrativo na ANS, à Seguradora caberá o ônus da prova.

6.12. A Seguradora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Segurado sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

6.13. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

6.14. Após julgamento, e acolhida a alegação da Seguradora pela ANS, o Segurado passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Seguradora, bem como poderá ser excluído do contrato.





6.15. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

6.16. Não poderá ser alegada qualquer omissão de informação de doença ou lesão preexistente se for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no proponente pela Seguradora, com vistas à sua admissão no seguro saúde.

7. REQUISITOS MÍNIMOS DA REDE REFERENCIADA:

7.1. Na Rede Referenciada deverão constar minimamente os seguintes hospitais no Município do Rio de Janeiro e Florianópolis: Rio de Janeiro - Rede D'Or (pelo menos 3 hospitais da Rede), Perinatal e Hospital Pasteur, além de hospitais de similar padrão na Zona Norte e Centro do município do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Grande Rio e Baixada Fluminense. Florianópolis – Hospital SOS Cardio, Hospital Baía Sul, Ilha Hospital e Maternidade, Arco Iris Clínica de Pediatria, Clínica Médica Laitano, Ortoclini, Policlínica São Lucas assim como em todo território nacional

7.2. Na Rede Referenciada deverão constar rede de exames laboratoriais e de imagem minimamente nos seguintes laboratórios: Rio de Janeiro - Lab's A+, Sérgio Franco e Bronstein Florianópolis – MedSom, Sonitec e Bionuclear, além de rede de exames laboratoriais e de imagem de similar padrão em todo território nacional.

8. DO PERFIL DOS USUÁRIOS:

8.1. O perfil por idade dos usuários tem como base o número de funcionários previstos para janeiro de 2019, data prevista para a contratação da empresa que vier a ser vencedora.

8.2. Estima-se o número de usuários em 12 (Vidas) vidas, conforme detalhado abaixo:

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO ESTIMADO DE USUÁRIOS
24-28	1
29-33	2
34-38	3
39-43	1





44-48	1
49-58	2
59 ou mais	2

TOTAL DE VIDAS	12
-----------------------	-----------

8.3. Na data de assinatura do contrato será informado pela CONTRANTE o número exato de usuários que serão inclusos inicialmente.

8.4. O número de usuários que serão inclusos, tanto inicialmente quanto no decorrer do contrato, poderá ser menor do que o estimado, pois poderá não haver adesão de todos os funcionários, devido a parte do valor do plano poderá ser repassado aos usuários, a critério da CBR.

8.4.1. Caso ocorra o repasse de parte dos custos, o valor será descontado diretamente em folha do usuário, não podendo este desconto ultrapassar o percentual de 60% (sessenta por cento) do valor total ofertado para a faixa etária do usuário.

8.4.2. O número de usuários não poderá ser menor do que 03 (três) vidas, sendo este o número mínimo para início de vigência de contrato, assim como a continuidade da vigência, sendo que caso haja desinteresse de adesão do plano por parte dos funcionários, devido aos custos que poderão ser repassados, o contrato poderá não ser assinado entre as partes ou rescindido, sem que caiba à Licitante Vencedora qualquer direito de indenização ou reparação.

8.5. O número de usuários também poderá ser maior do que o estimado, tanto inicialmente quanto no decorrer do contrato, pois além dos funcionários atuais, poderá haver a inclusão de novos funcionários, dirigentes da entidade, membros da assembleia, comissão técnica e atletas da seleção brasileira de Remo, sendo todos estes considerados beneficiários titulares.

8.5.1. Também poderão ser incluídos futuramente no plano, a critério da CBR, os dependentes dos beneficiários titulares. São eles:

- a) Cônjuge ou Companheira (o);
- b) Filhos (as) ou enteados/tutelados (as) até 30 anos; e
- c) Filhos (as) portadores de deficiência física e/ou mental comprovada pela Área Médica da contratante, de qualquer idade.





8.5.2. Os valores ofertados serão os mesmos para beneficiários titulares e dependentes, caso sejam incluídos futuramente.

8.5.3. Em caso de inclusão de dependentes dos beneficiários titulares, o valor cobrado para a faixa etária do dependente poderá ser repassado em parte ou na sua totalidade, a critério da CBR, ao beneficiário titular, sendo o valor descontado diretamente em folha do usuário.

8.5.4. Caso haja inclusão de dependente (s), o (s) mesmo (s) somente poderá (ão) permanecer no plano enquanto o beneficiário titular estiver ativo no plano.

9. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:

9.1. A Cobertura do plano ou seguro proposto deverá ser nacional.

10. COPARTICIPAÇÃO / FATOR MODERADOR:

10.1. Não haverá coparticipação / fator moderador para esse contrato.

11. DO VALOR

11.1. Pela prestação dos Serviços a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA o cálculo do número de vidas seguradas no mês, multiplicado pelo valor unitário ofertado na proposta final da CONTRATADA no processo licitatório nº 004/2018 RP, no qual se tornou vencedora, conforme tabela abaixo:

FAIXA ETÁRIA	VIDAS	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
24-28	1	R\$ xx	
29-33	2	R\$ xx	
34-38	3	R\$ xx	
39-43	1	R\$ xx	
44-48	1	R\$ xx	
49-58	2	R\$ xx	
59 ou mais	2	R\$ xx	
TOTAL DE VIDAS	12	VALOR GLOBAL (MENSAL)	R\$ xxxxx





11.2. O pagamento do prêmio mensal será realizado somente e diretamente a Operadora/Seguradora que vier a ser contratada contra emissão de Nota Fiscal e será calculado pelo valor unitário ofertado multiplicado pelo número de vidas seguradas no mês, conforme os preços ofertados na proposta final da participante.

11.3. O prêmio mensal deverá ser pago pela CBR à Seguradora antes da utilização das coberturas contratadas.

11.4. A CBR obriga-se a pagar à Seguradora, em pré-pagamento, os valores relacionados na Tabela de Preços, por segurado, para efeito de inscrição e prêmio mensal, através de emissão de faturas.

11.5. O vencimento dos prêmios mensais será sempre o mesmo dia da quitação bancária do 1º (primeiro) prêmio. Caso a data coincida com dias em que não haja expediente bancário, o pagamento deverá ser feito no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

11.6. Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento, não existindo cobrança pró-rata.

11.7. As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

11.8. Se a CBR não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Seguradora, para que não se sujeite a consequência da mora.

11.9. O valor do prêmio mensal em atraso será automaticamente acrescido de multa de 2% (dois por cento), além de correção monetária.

11.10. O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência da CBR.





11.11. O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

11.12. O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias resultará no cancelamento do seguro e na cobrança de eventuais prêmios vencidos até a data do efetivo cancelamento, exceto nos casos em que a CBR solicitou o cancelamento do seguro com antecedência de 60 (sessenta) dias da data do vencimento do prêmio mensal.

11.13. O pagamento de prêmio mensal não quita eventuais débitos anteriores.

11.14. Se a Seguradora não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

12. DOS PRAZOS E REAJUSTE

12.1. O Contrato a ser firmado entre as partes terá duração de 12 (doze) meses, a contar de sua assinatura, prorrogáveis por iguais períodos, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, em comum acordo entre as partes, mediante celebração de termo aditivo.

12.2. Os valores fixados no contrato serão reajustados anualmente conforme índice de reajuste da operadora/seguradora registrado na ANS para grupos de 3 a 29 vidas na data-base de aniversário, o mês de assinatura do Contrato, com comunicação antecipada à Contratante, ou seja, na data de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste, possua até 29 (vinte e nove) Segurados, seu reajuste será calculado considerando todo o grupo de empresas na mesma condição e o percentual de reajuste apurado será aplicado igualmente para todo o grupo, independente do plano contratado.

12.2.1. Apuração da quantidade de vidas

As Empresas Contratantes terão como mês de referência para a primeira apuração da quantidade de vidas o mês de assinatura do contrato, sendo que as apurações subsequentes ocorrerão anualmente no mês de aniversário do contrato do ano anterior à aplicação do reajuste.

12.2.2. Cálculo do Percentual de Reajuste Único





Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico atuarial dos contratos, o prêmio será reajustado anualmente com base no Percentual de Reajuste Único – PRU, composto pelos critérios abaixo, independentemente do reajuste aplicado automaticamente quando da mudança de faixa etária.

12.2.3. Reajuste Financeiro do Prêmio

O prêmio será reajustado com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH, e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro, além de incorporações tecnológicas, e coberturas adicionais

12.2.3.1. A VCMH, que poderá ser ponderada por plano, região e sexo, é calculada por meio da variação do custo do sinistro per capita anual de dois períodos consecutivos compreendidos de março a fevereiro, considerando os sinistros pagos dos contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, sendo o último período imediatamente anterior à data de referência.

12.2.3.2. Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

12.2.3.3. A variação encontrada, nos termos da apuração descrita, resultará no Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares - IVCMH.

12.2.4. Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

12.2.4.1. O prêmio do seguro será reajustado sempre que o Índice de Reajuste de Sinistralidade - IRS apurado no agrupamento estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

12.2.4.2. Serão considerados todos os contratos que contemplem até 29 (vinte e nove) segurados, conforme determinado por meio de Resolução Normativa - RN 309, sendo que para fins de enquadramento no agrupamento de contratos observaremos os segurados efetivamente faturados nos períodos descritos na cláusula 26.1.1.

12.2.4.3. Na apuração do índice de sinistralidade serão considerados os valores de sinistros e prêmios pagos dos últimos 12 (doze) meses, que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência.





12.2.4.4. Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência

do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

12.2.4.5. Não serão considerados os impostos e comissões incidentes sobre o valor do prêmio pago.

12.2.4.6. Os prêmios serão reajustados em função da sinistralidade, caso o índice da fórmula abaixo seja maior que 1 (um). Caso o índice seja menor que 1 deve ser utilizado 1 como resultado do IRS, que será utilizado na fórmula para compor o Percentual de Reajuste Único – PRU.

Em que:

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade;

Σ Sinistros = Soma dos sinistros pagos dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data referência. Considera-se como data referência o mês de maio do ano do início do ciclo de aplicação do reajuste.

Os sinistros dos 5 (cinco) primeiros meses de vigência dos contratos que compuserem a base de cálculo do reajuste serão substituídos pelo sinistro per capita dos demais meses de vigência do período de apuração desses contratos, o qual será multiplicado pela quantidade de segurados vigentes para cada mês substituído.

Σ Prêmios = Soma dos prêmios pagos líquidos de impostos e comissões dos últimos 12 (doze) meses que compreende o período de março a fevereiro, imediatamente anterior à data de referência.

0,70 = Índice Máximo de Sinistralidade.

12.2.5. Percentual de Reajuste Único - PRU

Desta forma, o PRU será obtido considerando a composição dos resultados encontrados pelas seguintes fórmulas:





12.2.5.1. Composição do Reajuste a ser aplicado aos contratos que foram considerados no agrupamento, sendo:

Em que:

PRU = Percentual de Reajuste Único;

IVCMH = Índice de Variação dos Custos Médicos Hospitalares;

IRS = Índice de Reajuste por Sinistralidade dos contratos que fazem parte do agrupamento.

12.2.6. Aplicação do Percentual de Reajuste Único

O PRU (Percentual de Reajuste Único) será o máximo a ser aplicado ao prêmio mensal dos contratos que fizerem parte do agrupamento, respeitada a data de aniversário dos contratos e ou o intervalo de 12 (doze) meses do último reajuste.

12.2.7. Comunicação do Percentual de Reajuste Único

O percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos deverá ser divulgado anualmente pela Seguradora e será informado se a CBR integrou o agrupamento de contratos, além de comunicar a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

13. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

13.1. Assegurar a execução dos serviços, conforme estabelecido neste documento, garantindo atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, em âmbito nacional, de livre escolha do beneficiário, de acordo com as condições estabelecidas neste Termo de Referência, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, bem como atendimentos de urgência e emergência.

13.2. Garantir cobertura de quaisquer exames, procedimentos e eventos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e indicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na Resolução Normativa Nº 262, de 01 de agosto de 2011, bem como as futuras atualizações;

13.3. Entregar aos beneficiários o Manual de Orientação para o Usuário de Planos de Saúde e o Guia de Orientação Médica e Rede Credenciada;





13.4. Fornecer os cartões ou carteiras de identificação, sem ônus, aos beneficiários da CBR, constando seus nomes e o plano a que pertencem, até o prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data da inclusão ou da solicitação de 2ª via, podendo cobrar uma taxa quando informada, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, assegurará aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios;

13.5. Caso o proponente utilize em suas carteiras de identificação datas de validade, instituir controle de validade das mesmas, devendo, até o prazo máximo de 20 (vinte) dias antes de expirado o prazo de validade, entregar novas carteiras a CBR, relativamente aos usuários que se encontrem na situação descrita

13.6. Fornecer aos beneficiários e também sempre que solicitado pela CBR guia médico impresso ou virtual acessível por internet, constando relação atualizada com nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e outras instituições da área de saúde e serviços auxiliares credenciados, conforme o domicílio do beneficiário, atualizando-o semestralmente;

13.7. Assumir inteira responsabilidade civil e administrativa por quaisquer danos e prejuízos materiais ou pessoais causados aos beneficiários dos serviços contratados em razão de sua prestação de serviços, desde que seja comprovada sua culpa ou dolo;

13.8. Assegurar o padrão de qualidade que obedeça às normas éticas no tocante ao relacionamento com o paciente e seus familiares, com respeito a sua integridade física e moral e acatamento aos seus direitos de modo geral, executando os serviços ofertados sempre por meio de médicos e/ou estabelecimentos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina, com reputação ilibada e idoneidade reconhecida;

13.9. Manter a rede de atendimento credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da contratação, e, caso haja descredenciamento de qualquer serviço, se faz necessária a comunicação à Contratante com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, devendo credenciar outro com no mínimo o mesmo porte, com a mesma capacidade técnica, abrangência, número de leitos e qualidade;

13.10. Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da empresa durante o período de internação do beneficiário, a mesma se obriga a providenciar a manutenção da internação naquele estabelecimento e a pagar as respectivas despesas até a alta hospitalar;





13.11. Deve ser assegurado aos beneficiários excluídos do Plano Privado de Saúde da CBR, o direito de manter sua condição de consumidor no Plano de Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da existência entre ele ou o titular e a CBR, desde que assuma seu pagamento integral e mediante negociação com a empresa, de acordo com a legislação vigente, especialmente, pelo período mínimo de um terço calculado sobre o tempo de permanência no Plano Privado de Assistência Médica à Saúde, na forma do Art. 30, da Lei 9.656/1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.1777-44/2001;

13.12. Prestar os serviços de forma contínua, não sendo admitida interrupção de qualquer natureza, exceto os prejuízos resultantes de caso fortuito ou força maior, mediante justificativa;

13.13. Manter a CBR informado sobre quaisquer eventos que dificultem ou interrompam o curso normal de execução contratual;

13.14. Encaminhar, mensalmente a CBR, o relatório de sinistralidade em relação à utilização do plano privado de assistência à saúde por especialidade e titular, além de relatório de eventos, bem como, quando necessário, dispor de profissional para orientação na sede da contratante da forma adequada de utilização do Plano de Saúde;

13.15. Assegurar aos beneficiários da CBR, sempre que possível e quando houver indisponibilidade de leito nos hospitais ou clínicas próprios ou credenciados, acomodação em outro estabelecimento de qualidade igual ou superior, sem ônus adicional;

13.16. Assegurar aos usuários autorização para procedimentos de forma ágil, sempre em tempo real, exceto nos casos de procedimentos eletivos que demandem perícia médica para a sua liberação, a qual não deve exceder o prazo máximo conforme diretriz da ANS.

13.17. Pôr à disposição da CBR um sistema informatizado que possibilite, via internet, o encaminhamento da movimentação mensal dos beneficiários, quais sejam: os formulários de inclusão ou exclusão do plano;

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





13.19. Não transferir a outrem, no todo ou em parte, a responsabilidade pela execução dos serviços, objeto do presente documento;

13.20. Não se valer de um futuro contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito, a serem auferidos em função dos serviços prestados, em quaisquer operações de desconto bancário, sem a prévia autorização da CBR;

13.21. Disponibilizar aos Segurados da CBR uma central de atendimento 24 horas (0800) para informações sobre as coberturas contratadas, rede credenciada, autorizações de exames, internações e demais informações complementares que auxiliem o acesso ao uso dos serviços;

13.22. Resguardar o sigilo dos dados e documentos que lhe forem confiados para o desempenho dos serviços;

13.23. Indicar um profissional na qualidade de preposto, no município do Rio de Janeiro/RJ, responsável pelo relacionamento com a CBR e que possa ser contactado 24 horas por dia, em caso de urgência. Em caso de férias, ausência ou troca desse profissional, a CBR deverá ser comunicada com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência.

13.24. Responsabilizar-se por todas as despesas diretas ou indiretas, tais como: salários, transportes, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, e de órgão de classe, indenizações e quaisquer outras que forem devidas aos seus empregados no desempenho dos serviços, ficando a CBR isento de qualquer vínculo empregatício com os mesmos;

14. OBRIGAÇÕES DA CBR

14.1. Relacionar os beneficiários com todos os dados necessários para fins de cadastramento;

14.2. Informar, por escrito ou via eletrônica, mensalmente, as inclusões e exclusões do plano, de beneficiários, bem como os casos de perda, por qualquer motivo, do direito ao atendimento;

14.3. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;

14.4. Efetuar o pagamento na forma estabelecida neste documento; e





14.5. Proporcionar as facilidades necessárias à empresa a fim de que possa desempenhar normalmente os serviços.

15. RESCISÃO CONTRATUAL

15.1. Este contrato poderá ser rescindido, nos casos abaixo descrita) O Contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias corridos, sem que caiba à outra parte qualquer direito a indenização ou reparação, ressalvando-se apenas o direito ao recebimento dos pagamentos vencidos até a data da rescisão.

b) Se qualquer uma das Partes entrar com pedido de falência, recuperação judicial/extrajudicial, ou tenha a sua falência requerida por terceiros;

c) Pela Parte inocente se a outra Parte deixar de cumprir com qualquer condição avençada neste Contrato e seus Anexos.

d) Pela CONTRATADA caso o número de beneficiários seja menor do que 03 (três) vidas, sendo este o número mínimo para início de vigência de contrato, assim como a sua continuidade, caso haja desinteresse de adesão do plano por parte dos funcionários, sem que caiba à CONTRATADA qualquer direito de indenização ou reparação.

e) A critério da CBR e mediante aviso prévio por escrito, com antecedência de 5 (cinco) dias corridos, caso ocorra insuficiência de repasse dos recursos financeiros oriundos dos órgãos da administração pública, caso em que cessará a obrigação do CONTRATANTE de pagar as prestações vincendas e sem que caiba à CONTRATADA qualquer direito de indenização ou reparação.

f) As partes estarão eximidas de suas responsabilidades e, conseqüentemente, da aplicação de quaisquer penalidades, nada podendo pleitear uma da outra, a que título for, em caso de força maior, greves ou atos de terrorismo, casos em que os serviços eventualmente ainda não prestados não serão reembolsados.

16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 610
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





- 16.1. A LICITANTE VENCEDORA deverá emitir cartão de identificação para cada beneficiário, em até 15 (quinze) dias da sua inscrição no cadastro, sem qualquer custo.
- 16.2. Para a realização do atendimento, junto a rede credenciada da Licitante Vencedora, é indispensável a apresentação de cartão de identificação fornecido pela LICITANTE VENCEDORA, acompanhada de documento de identidade pessoal e quando menor da certidão de nascimento.
- 16.3. No caso de perda, roubo ou extravio do cartão de identificação do usuário, devidamente comprovado, será emitido novo cartão, mediante o repasse dos custos inerentes ao usuário.
- 16.4. A CBR não se responsabilizará por despesas e quaisquer serviços utilizados fora daqueles relacionados, e que não estejam devidamente autorizados pela mesma.
- 16.5. A LICITANTE VENCEDORA não reconhece e nem se responsabiliza por qualquer acordo fora das coberturas contratuais ajustado particularmente pelos usuários da CBR e por esta com hospitais, entidades ou médicos credenciados ou não a ela.
- 16.6. Para fins deste instrumento, acidente pessoal é o evento exclusivo com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, violento, involuntário, causador de lesão física, que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o atendimento médico.
- 16.7. Para a LICITANTE VENCEDORA ficará reservado o direito de a qualquer tempo, cancelar contratos com hospitais, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento, comunicando a CBR com antecedência de 30 (trinta) dias, salvo fraude da empresa credenciada.
- 16.8. O não exercício, pelas partes, de direitos garantidos pela Lei ou por este Contrato, com seus respectivos Anexos e documentos aplicáveis, não significará renúncia ou novação, podendo as partes exercê-los a qualquer momento.
- 16.9. A CONTRATANTE e a CONTRATADA são partes independentes. Nada neste Contrato fará com que uma parte seja considerada empregada, parceira em joint-venture, sócia ou representante legal da outra parte. Exceto se de outra forma expressamente contida neste Contrato, as partes não terão, nem tampouco declararão a terceiros que têm, quaisquer poderes





ou autoridade para agir em nome uma da outra. Cada uma das partes será responsável, em todos os aspectos, por seus negócios, atividades, obrigações de qualquer natureza, inclusive civis, penais, comerciais, trabalhistas, fiscais e previdenciárias.

16.10. A prestação dos Serviços ora contratados não criará, em hipótese alguma, qualquer vínculo empregatício entre a CONTRATANTE e os funcionários da CONTRATADA, eis que os mesmos são hierárquica e funcionalmente subordinados à CONTRATADA, de quem será a exclusiva responsabilidade pelo pagamento dos salários, encargos trabalhistas e previdenciários, impostos e outros acréscimos pertinentes que digam respeito a seus funcionários e demais contratados.

16.11. É vedado a qualquer das partes delegar, ceder ou transferir, total ou parcialmente, os direitos e deveres do presente Contrato, sem a prévia e expressa autorização da outra parte.

16.12. As cláusulas e condições do presente Contrato obrigam as partes, sucessores e cessionários por todos seus direitos, obrigações e responsabilidades.

16.13. Caso qualquer disposição do presente Contrato venha a ser considerada nula, inválida, ilegal ou inexecutável, tal decisão não afetará a validade das disposições remanescentes que continuarão a vigorar e a produzir efeitos como se a disposição invalidada jamais tivesse constado do presente, desde sua celebração.

16.14. As partes, de comum acordo, elegem o Foro da Comarca do Rio de Janeiro, para que nele sejam dirimidas eventuais dúvidas suscitadas na execução deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor.

Florianópolis, xx de xx de 2018.

Edson Altino Pereira Junior

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE REMO

CONTRATADA

Testemunhas





ANEXO 03

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS, DE QUE NÃO EMPREGA MENORES E DE QUE CONHECE E ATENDE AO EDITAL

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 004/2018 RP (Nome da Empresa VENCEDORA), CNPJ Nº (Informar CNPJ) sediada (Endereço Completo), declara, sob as penas da Lei, que até a presente data:

- 1) Inexistem fatos impeditivos para habilitação no presente processo, estando ciente ainda da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;

- 2) Não possuímos, em nosso Quadro de Pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos;

- 3) Conhecemos e atendemos ao edital, tanto no que concerne à apresentação de documentação para fins de habilitação e cumprimento dos prazos impostos, quanto ao pagamento de taxa à Bolsa Brasileira de Mercadorias pela utilização de recursos de tecnologia da informação.

(Local e Data)

(Nome, Cargo e CPF)

OBS.: Está declaração deverá ser emitida em papel timbrado da empresa participante e carimbada com o número do CNPJ.





ANEXO 04

CARTA-PROPOSTA PARA FORNECIMENTO COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

À

Confederação Brasileira de Remo

Ref.: PREGÃO ELETRÔNICO Nº 004/2018 RP - Carta-Proposta de Fornecimento.

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos Itens discriminados no Anexo 01, que integra o instrumento convocatório do processo seletivo em epígrafe.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

REPRESENTANTE:

CARGO:

CARTEIRA DE IDENTIDADE:

CPF:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EMAIL:

AGÊNCIA e Nº DA CONTA BANCÁRIA

Não preencher as informações desse campo (Identificação do Participante) no envio da proposta na fase de apresentação que antecede a disputa de lances do pregão, atentando para o que dispõem o item 8.4 do Edital. Esses dados somente serão preenchidos na fase de habilitação, conforme item 12.1 do Edital.





2. CONDIÇÕES GERAIS:

A PARTICIPANTE declara conhecer os termos do instrumento convocatório que rege o presente processo seletivo.

3. PREÇO PROPOSTO (MENSAL):

FAIXA ETÁRIA	VIDAS	VALOR UNIT (MENSAL)	VALOR TOTAL (MENSAL)
24-28	1	R\$	R\$
29-33	2	R\$	R\$
34-38	3	R\$	R\$
39-43	1	R\$	R\$
44-48	1	R\$	R\$
49-58	2	R\$	R\$
59 ou mais	2	R\$	R\$
TOTAL DE VIDAS: 12		VALOR TOTAL GLOBAL: R\$	

O preço proposto acima contempla todas as despesas necessárias ao pleno fornecimento, tais como os encargos (obrigações sociais, impostos, taxas, etc) incidentes sobre o fornecimento.

Validade da Proposta: 60 dias

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DA PARTICIPANTE

(OBS.: REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA).

EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA





ANEXO 05

PROCURAÇÃO – Nomeação de representantes Legal

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: (Nome da Empresa), pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº (00.000.000/0000-00), inscrição estadual nº (00000000-0) e inscrição municipal sob o nº (000/00), com seus atos constitutivos devidamente registrados na (Junta Comercial do Estado) sob o nº, ora estabelecida na Rua....., nº...., Bairro..... cidade de, Estado, neste ato representada pelo seu sócio proprietário Sr., qualificação: (brasileiro, casado, empresário, portador da Carteira de Identidade RG nº/SSP/ e do CPF/MF nº, residente e domiciliado à(endereço completo).

OUTORGADA: (.....), pessoa jurídica de direito privado, detentora do Título Patrimonial n.º da Bolsa de Brasileira de Mercadorias – CRO, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº estabelecida na Rua, Bairro....., Cidade..... Estado....., neste ato representada por seu sócio proprietário Sr. brasileiro, casado,(profissão)....., portador do CPF/MF nº e do RG nº residente e domiciliado à(endereço completo).

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato a Outorgante confere a Outorgada plenos poderes para atuar perante a CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE REMO, realizadas por meio do Sistema Eletrônico Unificado de Pregões – SEUP, da Bolsa Brasileira de Mercadorias, inclusive praticar todos os atos negociais compatíveis à participação nos processos seletivos da CBR, ora desencadeado pela CBR podendo para tanto, assinar propostas de preços, declarações, apresentar e retirar documentos, impugnar termos dos editais e ou Avisos Específicos, interpor recursos contra o resultado do processo seletivo, solicitar e prestar declarações e esclarecimentos, assinar atas e demais documentos, pagar taxas, inclusive, formular lances na fase competitiva do processo seletivo que comporá o preço final da proposta original ou desistir deste, requer, na fase permitida, desistência ou retificação de preços iniciais ou quaisquer outras condições oferecidas, emitir e firmar o fechamento da operação através do documento-COV, praticar, enfim, todos os atos em direito permitidos para o bom e fiel do presente mandato, não podendo este ser substabelecido no todo ou em parte. Arcando o Outorgante; nos termos dos artigos 1.309 e seguintes do Código Civil por todas as obrigações contraídas por força dos poderes aqui conferidos, respondendo diretamente pelas sanções previstas pela inexecução contratual, ilegalidade na documentação de qualificação ou danos causados a Contratante ou a terceiros e pelo ressarcimento das perdas e prejuízos sofridos pela Outorgada no cumprimento deste mandato.

....., ... de

Assinatura com firma reconhecida





ANEXO 06

Modelo de declaração de enquadramento em regime de tributação de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte (na hipótese do participante ser uma ME ou EPP)

(Nome da Empresa), CNPJ/MF Nº, sediada, (Endereço Completo), Declaro(amos) para todos os fins de direito, especificamente para participação de processos seletivo na modalidade de regão, que estou(amos) sob o regime de microempresa ou empresa de pequeno porte, para efeito do disposto na Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006.

Obs: Micro empreendedor individual (MEI) – faturamento bruto anual de até R\$60.000,00

Micro Empresa (ME) – faturamento bruto anual até R\$360.000,00 e não atendimento as vedações constantes no parágrafo 4º do Art 3º da Lei Complementar 123/2006

Empresa de Pequeno Porte (EPP) – faturamento bruto anual, acima de R\$ 360.000,01 até R\$3.600.000,00 e não atendimento as vedações constantes no parágrafo 4º do Art 3º da Lei complementar nº123/2006.

(Local e Data)

(Nome e Número da Carteira de Identidade do Declarante)

