

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

## TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. DO OBJETO

1.1. Contratação de empresa operadora de **plano de serviços de assistência odontológica**, autorizada para funcionamento pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestação continuada de serviços de assistência odontológica ambulatorial, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento, sem coparticipação e com abrangência nacional, mediante as condições estabelecidas neste Termo de Referência.

### 2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Dar continuidade a prestação de serviços de assistência odontológica aos funcionários do CRM-PR, conforme previsto na Normativa de Gestão de Pessoal – NGP. Atualmente a operadora é a DentalUni, contrato n.º 043/2018, que encerra no dia 02/10/2023.

2.2. A finalidade precípua da contratação de um Plano Odontológico é reduzir ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade no desempenho funcional. Um Sistema Privado de Assistência à Odontológico garante aos empregados mais facilidade ao acesso às terapias preventivas e de recuperação de várias enfermidades bucal existentes na vida moderna, sejam as advindas da atividade funcional, ou não decorrentes do próprio trabalho.

### 3. DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São beneficiários dos serviços objeto deste Termo de Referência os empregados efetivos e comissionados ativos do Conselho Regional de Medicina do Paraná e seus dependentes, que manifestarem seu desejo de adesão.

3.1.1. **Beneficiário Titular** - será considerado beneficiário titular:

a) Empregado.

3.1.2. **Beneficiário Dependente** - será considerado beneficiário dependente:

a) Cônjuge.

b) Companheiro (a), decorrente de união estável devidamente comprovada.

c) Filhos, naturais ou adotivos, independentemente de idade.

d) Menores sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos, ou até 23 anos, onze meses e vinte e nove dias, se comprovadamente forem estudantes de ensino regular.

e) Pais (mãe/pai).

3.2. A contratada não deverá restringir o ingresso de novos usuários no Plano de Assistência Odontológica, desde que devidamente autorizados pelo CRM-PR, não cabendo quaisquer exigências e/ou restrições quanto ao número mínimo ou máximo para inclusão e/ou exclusão.

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

3.3. O número de beneficiários poderá variar de acordo com o quadro de funcionários do CRM-PR, sem qualquer alteração de preço no plano oferecido pela Contratada.

3.4. Com base no mês de julho/2023, o número de beneficiários é de 182 (cento e oitenta e dois), distribuídos em 11 (onze) cidades do Estado do Paraná, conforme quadro a seguir.

N.º Beneficiário	Cidade
11	ALMIRANTE TAMANDARÉ
2	CAMPO LARGO
3	CASCABEL
10	COLOMBO
143	CURITIBA
1	FOZ DO IGUAÇU
2	LONDRINA
2	MARINGÁ
2	PARANAGUÁ
1	PINHAIS
5	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
<b>182</b>	

## 4. DAS ADESÕES/INCLUSÕES/EXCLUSÕES

4.1. A contratante deverá relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 10 (dez) dias úteis após a celebração do instrumento;

4.2. Serão admitidas adesões/inclusões, **sem carência, a qualquer tempo**, de funcionários e/ou dependentes, que por ventura não tenham sido incluídos no plano dentro do prazo de que trata o item 4.1.

4.3. Serão admitidas novas adesões/inclusões, **sem carência, em casos de admissão funcional.**

**A adesão poderá ocorrer a qualquer tempo;**

4.4. A exclusão de beneficiário poderá ocorrer a qualquer tempo por demissão ou por solicitação do funcionário.

## 5. DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS PELA CONTRATADA

5.1. O plano de assistência odontológica deverá ter a cobertura mínima de procedimentos odontológicos, conforme relacionado na tabela abaixo.

1	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
	EMERGÊNCIA
1.1.	Colagem de fragmentos dentários
1.2.	Colocação de dreno extraorral
1.3.	Colocação de dreno intraorral
1.4.	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

1.5.	Controle de hemorragia sem aplicação de agente aemostático em região bucomaxilofacial
1.6.	Curativo com IRM ou SIMILAR
1.7.	Curativo de demora em endodontia
1.8.	Imobilização dentária em dentes decíduos
1.9.	Imobilização dentária em dentes permanentes
1.10.	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
1.11.	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial
1.12.	Recimentação de trabalho protético
1.13.	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)
1.14.	Reimplante de dente com contenção
1.15.	Remoção de dreno extraoral
1.16.	Remoção de dreno intraoral
1.17.	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial
1.18.	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular – ATM
1.19.	Tratamento de abscesso periodontal agudo
1.20.	Tratamento de alveolite
1.21.	Tratamento de pericoronarite
1.22.	Tratamento em odontalgia aguda
<b>2</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
2.1.	Consulta especialista
2.2.	Consulta odontológica
2.3.	Consulta odontológica de urgência
2.4.	Consulta Odontologica de Urgência - somente medicação
2.5.	Consulta Odontologica de Urgência 24 Hrs - somente medicação
2.6.	Consulta odontológica de urgência 24 hs
2.7.	Consulta odontológica inicial
2.8.	Consulta para avaliação técnica de auditoria
2.9.	Consulta para técnica de clareamento dentário caseiro
2.10.	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
2.11.	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
2.12.	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
2.13.	Diagnóstico e tratamento de halitose
2.14.	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
2.15.	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (exame histopatológico)
<b>3</b>	<b>RADIOLOGIA</b>
3.1.	Documentação ortodôntica "A" – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 08 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior
3.2.	Documentação ortodôntica "E" – 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 02 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior
3.3.	Documentação ortodôntica "B" (radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 05 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.
3.4.	Fotografia para fins ortodônticos (2 de frente e 1 de perfil)
3.5.	Fotos e slides (5 fotos e 7 slides) (somente em laboratórios de radiologia)
3.6.	Fotos e slides (por unidade)
3.7.	Imagen fotográfica
3.8.	Levantamento radiográfico
3.9.	Modelos ortodônticos
3.10.	Radiografia antero posterior
3.11.	Radiografia de ATM
3.12.	Radiografia digital
3.13.	Radiografia lateral corpo da mandíbula
3.14.	Radiografia oclusal

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

3.15.	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)
3.16.	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico
3.17.	Radiografia postero anterior
3.18.	RX interproximal - <b>bite-wing</b>
3.19.	RX mão e punho – carpal
3.20.	RX Periapical
3.21.	Seio frontal
3.22.	Seio nasal
3.23.	Slide
3.24.	Telerradiografia
3.25.	Telerradiografia com traçaco cefalométrico
3.26.	Traçado cefalométrico
<b>4</b>	<b>EXAMES DE LABORATÓRIO</b>
4.1.	Diagnóstico anatomapatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial
4.2.	Diagnóstico anatomapatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial
4.3.	Diagnóstico anatomapatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial
4.4.	Diagnóstico anatomapatológico em punção na região bucomaxilofacial
4.5.	Teste de capacidade tampão da saliva
4.6.	Teste de contagem microbiológica
4.7.	Teste de fluxo salivar
4.8.	Teste de PH salivar
4.9.	Teste risco de cárie
<b>5</b>	<b>PREVENÇÃO</b>
5.1.	Aplicação tópica de flúor (incluso profilaxia com pasta profilática, taças e escovas - p/ menores de 13 anos)
5.2.	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
5.3.	Atividade educativa em saúde bucal
5.4.	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
5.5.	Controle de biofilme (placa bacteriana)
5.6.	Controle de cárie incipiente
5.7.	Profilaxia: polimento coronário (com jato de bicarbonato e ultrassom - para maiores de 13 anos)
5.8.	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)
<b>6</b>	<b>ODONTOPEDIATRIA</b>
6.1.	Adequação do meio bucal c/ ionômero de vidro (por elemento)
6.2.	Adequação meio bucal c/ IRM (por elemento)
6.3.	Aplicação de cariostático (até 07 anos)
6.4.	Aplicação de selante - técnica invasiva (até 12 anos)
6.5.	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras (até 12 anos)
6.6.	Aplicação tópica de verniz fluoretado (Odontopediatria e até 12 anos)
6.7.	Condicionamento em odontopediatria
6.8.	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
6.9.	Coroa de acetato em dente decíduo
6.10.	Coroa de acetato em dente permanente
6.11.	Coroa de aço em dente decíduo
6.12.	Coroa de aço em dente permanente
6.13.	Coroa de policarbonato em dente decíduo
6.14.	Coroa de policarbonato em dente permanente
6.15.	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
6.16.	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
6.17.	Exodontia simples de decíduos

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

6.18.	Pulpotomia
6.19.	Pulpotomia em dente decíduo
6.20.	Remineralização
6.21.	Restauração atraumática em decíduo
6.22.	Restauração atraumática em dente permanente
6.23.	Restauração em ionômero de vidro - 1 face (até 12 anos)
6.24.	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces (até 12 anos)
6.25.	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces (até 12 anos)
6.26.	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces (até 12 anos)
6.27.	Tratamento de fluorose – microabrasão
6.28.	Tratamento endodôntico em decíduos
<b>7</b>	<b>DENTÍSTICA</b>
7.1.	Ajuste oclusal por acréscimo
7.2.	Ajuste oclusal por desgaste seletivo
7.3.	Capeamento pulpar direto
7.4.	Faceta direta em resina Fotopolimerizável
7.5.	Pino pré-fabricado
7.6.	Restauração a pino intradentinário
7.7.	Restauração amálgama 1 face
7.8.	Restauração amálgama 2 faces
7.9.	Restauração amálgama 3 faces
7.9.	Restauração amálgama 4 faces
7.10.	Restauração de superfície radicular
7.11.	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
7.12.	Restauração resina fotopolimerizável 1 face
7.13.	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces
7.14.	Restauração resina fotopolimerizável 3 faces
7.15.	Restauração temporária / tratamento expectante
<b>8</b>	<b>ENDODONTIA</b>
8.1.	Clareamento de dente desvitalizado
8.2.	Instrumentação Mecanizada
8.3.	Remoção de corpo estranho intracanal (por conduto)
8.4.	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
8.5.	Retratamento endodôntico birradicular
8.6.	Retratamento endodôntico multirradicular
8.7.	Retratamento endodôntico unirradicular
8.8.	Tratamento de perfuração endodôntica
8.9.	Tratamento endodôntico birradicular
8.10.	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
8.11.	Tratamento endodôntico multirradicular
8.12.	Tratamento endodôntico unirradicular
<b>9</b>	<b>PERIODONTIA</b>
9.1.	Amputação radicular com obturação retrógrada
9.2.	Amputação radicular sem obturação retrógrada
9.3.	Aumento de coroa clínica
9.4.	Cirurgia odontológica a retalho
9.5.	Cirurgia periodontal a retalho
9.6.	Controle pós-operatório em odontologia
9.7.	Cunha proximal
9.8.	Dessensibilização dentária
9.10.	Documentação periodontal radiográfica
9.11.	Enxerto conjuntivo subepitelial

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

9.12.	Enxerto gengival livre
9.13.	Enxerto pediculado
9.14.	Gengivectomia
9.15.	Gengivoplastia
9.16.	Odontosecção
9.17.	Orientação e higiene bucal, técnicas de escovação, revelação placas
9.18.	Proservação pré ou pós-cirúrgica (por segmento)
9.19.	Raspagem subgengival/alisamento radicular
9.20.	Raspagem supragengival
9.21.	Recuperação de espaço biológico
9.22.	Sepultamento radicular
9.23.	Tartarectomia
9.24.	Tratamento de gengivite
9.25.	Tratamento e gengivite necrosante aguda
9.26.	Tunelização
<b>10</b>	<b>PRÓTESE DENTAL</b>
10.1.	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)
10.2.	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)
10.3.	Coroa ¾
10.4	Coroa 4/5
10.5.	Coroa provisória com pino
10.6.	Coroa provisória sem pino
10.7.	Coroa total em cerâmico (dentes anteriores de canino a canino)
10.8.	Coroa total metálica (dentes posteriores – pré molares e molares)
10.9.	Diagnóstico por meio de enceramento
10.10	Núcleo de preenchimento
10.11.	Núcleo metálico bipartido
10.12.	Núcleo metálico fundido
10.13.	Ponto de solda
10.14.	Preparo para núcleo intrarradicular
10.15.	Provisório para restauração metálica fundida
10.16.	Recolocação de restauração metálica fundida ou coroas
10.17.	Reembasamento de coroa provisória
10.18.	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)
10.19.	Remoção de núcleo intrarradicular
10.20.	Remoção de trabalho protético
10.21.	Restauração metálica fundida
<b>11</b>	<b>CIRURGIA</b>
11.1.	Alveoloplastia
11.2.	Alveolotomia (por hemiarcada)
11.3.	Apicotomia birradiculares com obturação retrógrada
11.4.	Apicotomia birradiculares sem obturação retrógrada
11.5.	Apicotomia multirradiculares com obturação retrógrada
11.6.	Apicotomia multirradiculares sem obturação retrógrada
11.7.	Apicotomia unirradiculares com obturação retrógrada
11.8.	Apicotomia unirradiculares sem obturação retrógrada
11.9.	Aprofundamento / aumento de vestíbulo
11.10.	Biópsia de boca
11.11.	Biópsia de glândula salivar
11.12.	Biópsia de lábio
11.13.	Biópsia de língua
11.14.	Biópsia de mandíbula

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

11.15.	Biópsia de maxila
11.16.	Biópsia de mucosa jugal
11.17.	Biópsia de palato
11.18.	Bridectomy
11.19.	Bridotomy
11.20.	Cirurgia para correção de tuberosidade
11.21.	Cirurgia para exostose maxilar
11.22.	Cirurgia para tórus mandibular – bilateral
11.23.	Cirurgia para tórus mandibular – unilateral
11.24.	Cirurgia para tórus palatino
11.25.	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial
11.26.	Curetagem apical (cirurgia de granuloma e cisto)
11.27.	Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial
11.28.	Exerese ou excisão de cálculo salivar
11.29.	Exerese ou excisão de cistos odontológicos
11.30.	Exerese ou excisão de mucocele
11.31.	Exerese ou excisão de rânula
11.32.	Exodontia a retalho
11.33.	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
11.34.	Exodontia de raiz residual
11.35.	Exodontia simples de permanente
11.36.	Exodontia simples de supranumerário
11.37.	Frenulectomia labial
11.38.	Frenulectomia lingual
11.39.	Frenulotomia labial
11.40.	Frenulotomia lingual
11.41.	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial
11.42.	Reconstrução sulco gengivolabial
11.43	Redução cruenta de fraturas alveolodentárias
11.44.	Redução incruenta de fraturas alveolodentárias
11.45.	Remoção de dentes inclusos / impactados
11.46.	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
11.47.	Remoção de dentes supranumerários (inclusos ou impactados)
11.48.	Remoção de odontoma
11.49.	Retirada de coro estranho ororanal ou oronasal
11.50.	Retirada de corpo estranho sub cutaneo ou sub mucoso regiao bucomaxilofacial
11.51.	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região bucomaxilofacial
11.52.	Tratamento cirúrgico de fistula buconasais
11.54.	Tratamento cirúrgico de fistula bucossinusais
11.55.	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilofacial
11.56.	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
11.57.	Tratamento cirúrgico de tumores benigno de tecidos moles da região bucomaxilofacial
11.58.	Tratamento cirúrgico de tumores benigno de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial
11.59	Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução
11.60.	Ulectomia
11.61.	Ulotomia
<b>12</b>	<b>ORTODONTIA - INTERCEPTATIVA</b>
12.1.	Arco lingual
12.2.	Barra transpalatina fixa
12.3.	Barra transpalatina removível
12.4.	Bloco germinado de Clarck – rwinblock

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

12.5.	Botão de Nance
12.6.	Contenção fixa - por arcada
12.7.	Distalizador de Hilgers
12.8.	Gianelly
12.9.	Grade palatina fixa
12.10.	Grade palatina removível
12.11.	Herpst encapsulado
12.12.	Jig ou front platô
12.13.	Placa de hawley
12.14.	Placa de hawley com torno expansor
12.15.	Placa lábio ativa
12.16.	Quadrielice
<b>13</b>	<b>ORTODONTIA - CORRETIVA</b>
13.1.	Aparelho ortodontico fixo metálico

5.2. O rol de coberturas deve ser permanentemente atualizado pelas Resoluções Normativas editadas pela ANS durante a vigência do contrato e pelas demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

5.3. A contratada disponibilizará acesso a todas as especialidades odontológicas, com livre escolha do cirurgião-dentista em todas as especialidades e sem limite para utilização no plano escolhido.

5.4. A contratada fornecerá atendimento aos usuários nos consultórios particulares dos dentistas credenciados/cooperados, com hora marcada.

5.5. A contratada poderá alterar a relação de seus dentistas e cirurgiões dentistas credenciadas/cooperados, com oportuna comunicação prévia ao CRM. Essa alteração não deve prejudicar ou interromper qualquer tratamento que esteja em andamento;

5.6. Os honorários, os materiais, medicamentos e quaisquer outras despesas que eventualmente possam ocorrer com o tratamento odontológico do usuário, relativos aos serviços cobertos, serão custeados integralmente pela contratada;

5.7. O tratamento realizado pelo profissional credenciado deve ter garantia de 1 (um) ano, contado da data de sua conclusão.

5.8. Para procedimentos que não tenham cobertura pelo plano, possibilitar acesso com pagamentos parcelados.

5.9. Ser isento de carência, para qualquer evento, dando total cobertura aos beneficiários do CRM-PR, desde o primeiro dia de sua implantação, ou seja, 10 (dez) dias úteis após a assinatura do contrato.

5.10. Decorridos até 10 (dez) dias úteis da assinatura do contrato, a CONTRATADA deverá disponibilizar aos beneficiários, individualmente, a relação de toda a rede credenciada, com, no mínimo, nome do profissional ou clínica, especialidade, endereço e telefone.

**5.11. A comprovação da rede mínima de atendimento é obrigatória, e deverá ser comprovada para a contratação, ou seja, na assinatura do contrato, com os quantitativos de prestadores de serviços a seguir especificados:**

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

5.11.1. 30 (trinta) clínicas/consultórios em Curitiba e Região Metropolitana e no mínimo 03 (três) clínicas/consultórios nas cidades de Cascavel, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá e Paranaguá.

5.11.2. E também pelo menos a seguinte quantidade de profissionais:

N.º DENTISTAS	Cidade
500	CURITIBA   REGIÃO METROPOLITANA
15	CASCABEL
15	FOZ DO IGUAÇU
25	LONDRINA
25	MARINGÁ
10	PARANAGUÁ
<b>590</b>	

5.11.3. O Plano de Assistência Odontológica proposto deverá:

- Ser isento de carência, para qualquer evento, dando total cobertura aos beneficiários, desde o primeiro dia de sua implantação, conforme previsto nos itens 4.2., 4.3. e 5.9., deste Termo de Referência.
- Prever plantão 24 horas por dia, com os quais seja possível aos beneficiários contatar por telefone, em busca de informações.
- Atendimento 24 horas para urgências/emergências odontológicas, em clínica própria, pelo menos na cidade de Curitiba.

## 6. ABRANGÊNCIA

6.1. A cobertura dos serviços prestados pela licitante contratada deverá ser de abrangência nacional. Nas localidades onde não haja atendimento dentário credenciado, terão direito a se utilizar de consultas e/ou procedimentos cobertos pelo plano por qualquer profissional local, sendo reembolsado posteriormente pela licitante contratada.

- O reembolso das despesas será feito através de comprovação por meio de recibo com o preço discriminado do serviço, que deverá ser compatível com o preço de mercado local.
- O reembolso deverá ser efetuado no máximo até 30 (trinta) dias após a entrega dos recibos pela usuária dos serviços diretamente à licitante contratada.

6.2. As cidades onde o CRM-PR tem Sedes são: Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá, Pato Branco.

## 7. DA DISPONIBILIZAÇÃO DE RELATÓRIOS

7.1. Mensalmente, por ocasião do envio da nota fiscal para pagamento, a licitante contratada deverá encaminhar um relatório detalhado de composição dos valores, no qual deverá restar demonstrado o valor cobrado por beneficiário.

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

7.2. Ainda por ocasião do pagamento, a licitante contratada deverá entregar um relatório de utilização dos beneficiários, de forma a demonstrar a utilização de todos os serviços por ela prestados.

## 8. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

8.1 - São obrigações do **CONTRATANTE**:

- a) Relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários, que deverão ser incluídos no plano em até 10 (dez) dias úteis após a celebração do instrumento;
- b) Notificar à Contratada, mensalmente, por escrito, por meio magnético ou meio eletrônico, qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários;
- c) Efetuar o pagamento da prestação mensal;
- d) Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência odontológica prestada pela contratada, devendo comunicar, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada;
- e) Prestar informações e os esclarecimentos que venham ser solicitados pelos funcionários da Contratada;
- f) Exercer a fiscalização, coordenação e orientação dos serviços contratados;
- g) Comunicar oficialmente à Contratada quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.

## 9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

9.1. Além da prestação dos serviços especificados neste Termo de Referência, são obrigações da Contratada:

- a) Fornecer ao **CONTRATANTE**, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada usuário, com prazo e validade igual ao da duração do contrato;
- b) Solicitar ao beneficiário, através do **CONTRATANTE**, informações ou documentos necessários à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação dar-se-á em até 30 (trinta) dias, através de depósito em conta corrente do beneficiário ou de apresentação ao CRM de cheque nominal, a partir da apresentação da solicitação do resarcimento, nota fiscal das despesas hospitalares e recibos de honorários odontológicos;
- c) Fornecer a cada beneficiário titular 1 (um) manual de orientação de todos os procedimentos inerentes à realização de consultas, exames de diagnóstico, tratamentos de emergência, reembolso e relação de credenciados;
- d) Manter atualizada a relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados, devendo as listagens estarem disponíveis para consulta dos usuários;

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

- e) Negociar, conforme sugestão do Contratante, a possibilidade de inclusão de profissionais ou entidades de Assistência Odontológica, conforme diretrizes administrativas da Contratada e da ANS;
- f) Comunicar ao fiscal da execução do contrato, a ocorrência de qualquer fato impeditivo à execução fiel do contrato;
- g) prestar esclarecimentos que forem solicitados pelo CRM-PR, cujas reclamações se obriga a atender prontamente;
- h) Incluir e excluir como beneficiários do Plano de Assistência Odontológica os empregados do CRM, conforme disciplinado neste termo de referência, contrato, bem como no Edital e em seus Anexos;
- i) Manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- j) A responsabilidade pelo vínculo trabalhista relativo aos profissionais envolvidos na execução do contrato;
- k) Observar as determinações, normas e entendimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- l) Todos os procedimentos novos que eventualmente sejam inclusos no rol de procedimentos previstos da ANS, durante a vigência contratual, serão abrangidos pela cobertura contratada.
- m) Na hipótese de não possuir matriz ou filial já instalada na cidade de Curitiba -PR a licitante contratada deverá providenciar a constituição de um representante legal nesta Capital, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da assinatura do contrato.
- n) Em havendo cisão, incorporação ou fusão da Contratada, a aceitação de qualquer uma destas operações, como pressuposto para a continuidade do contrato, ficará condicionada à análise, por parte do Contratante, do procedimento realizado e da documentação da nova empresa, considerando todas as normas aqui estabelecidas como parâmetros de aceitação, tendo em vista a eliminação dos riscos de insucesso na execução do objeto Contratado;
- o) Executar diretamente o contrato, sem transferência de responsabilidades aos serviços acordados com o Contratante;
- p) Comunicar por escrito à Administração do Contratante qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessários;
- q) É expressamente proibida a veiculação de publicidade acerca do contrato, salvo se houver prévia autorização da Administração do Contratante;
- r) É vedada a subcontratação para a prestação dos serviços objeto deste Termo de Referência.
- s) A Contratada deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza.

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

## 10. DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL

10.1. Ocorrendo, no período da vigência do contrato, o falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes legais inscritos terão direito aos serviços contratados, pelo prazo de 02 (dois) anos, contados da data do óbito, sem qualquer ônus para o CRM-PR e nem para os respectivos beneficiários.

10.2. O Plano de extensão assistencial deverá assegurar as mesmas coberturas, condições de prestação de serviços, rede de dentistas e prestadores credenciados do plano contratado e vigente na data do óbito do titular.

10.3. Se durante a vigência dos 02 (dois) anos ocorrer a rescisão contratual, a contratada manterá a cobertura para os dependentes do titular falecido, sem qualquer ônus para o CRM-PR, até que se expire o prazo restante até o limite estabelecido de 02 (dois) anos.

**10.4. A licitante deverá apresentar as respectivas regras do plano de extensão assistencial junto com a proposta comercial e deverão ser incluídas no contrato. (Inserir as regras específicas).**

## 11. DO REEMBOLSO

11.1. Caberá aos beneficiários reembolsos de 100% (cem por cento) das despesas contraídas com o atendimento odontológico, nas seguintes hipóteses:

11.1.1 Nas localidades em que a CONTRATADA não dispuser de rede odontológica, laboratorial e de serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada ou própria, capaz de atender os serviços contratados neste Termo de Referência;

11.1.2. Em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria ou credenciada da CONTRATADA;

11.1.3. Nos casos de urgência ou emergência que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, quando não for possível a utilização dos serviços na rede atendimento oferecida pela CONTRATADA, caracterizados em declaração do dentista assistente;

11.1.3.1. Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

11.1.3.2. Emergência, como tal definidos os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do dentista assistente;

11.2. O prazo máximo para reembolso, por parte da CONTRATADA, contados da apresentação, pelos beneficiários, do comprovante de pagamento acompanhado da documentação exigida, será de no máximo 30 (trinta) dias consecutivos.

11.3. O beneficiário para se habilitar ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuados, deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

- a) Contas discriminadas das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos utilizados e exames efetuados, com preços por unidade, acompanhado de vias originais das notas fiscais ou faturas;
- b) Vias originais dos recibos e comprovantes de pagamento dos honorários de dentistas, de assistentes e, se for o caso, de auxiliares e anestesistas em que devem constar os números do CPF e a discriminação do serviço realizado;
- c) Relatórios odontológicos, justificando o tratamento e especificando o grau de urgência ou emergência, bem como o tempo de permanência do beneficiário em atendimento no consultório/clínica/hospital.

## 12. DA CAPACIDADE TÉCNICA

**Os documentos abaixo devem ser apresentados na habilitação durante o certame:**

12.1. Apresentar 01 ou mais Atestado (s) de Capacidade Técnica emitido por empresa pública ou privada de forma que a licitante comprove já ter executado objeto semelhante ao que se propõe nesta licitação, devendo conter no mínimo: o período, a descrição e a manifestação quanto à regularidade da execução do objeto, a data de emissão do atestado e a clara identificação do seu emitente.

12.1.1 O Atestado de Capacidade Técnica deve comprovar, no mínimo, a prestação de serviços semelhantes equivalentes a 50% (cinquenta por cento) do objeto, assim entendida como sendo a assistência médica, hospitalar, laboratorial e auxiliar de diagnóstico e tratamento, para 91 (noventa e um) **beneficiários**, num período de 12 (doze) meses contínuos.

12.1.2 Será aceito o somatório de atestados para comprovar a capacidade técnica, desde que reste demonstrada a execução concomitante dos respectivos objetos, assim considerada a somatória dos quantitativos, dentro do lapso temporal mínimo indicado.

12.1.3 Caso julgado necessário pelo Pregoeiro, o licitante deverá disponibilizar todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade do(s) atestado(s) de capacidade técnica apresentado(s), a exemplo de cópia do ajuste contratual que deu suporte à contratação.

12.2 Apresentar comprovante de registro junto ao Conselho Regional de Odontologia – CRO do respectivo Estado.

12.3 Apresentar comprovante de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

## 13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 13.1 Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a CONTRATADA que:
- a) falhar na execução do contrato, pela inexecução, total ou parcial, de quaisquer das obrigações assumidas na contratação;
  - b) ensejar o retardamento da execução do objeto;
  - c) fraudar na execução do contrato;

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

- d) comportar-se de modo inidôneo; ou
- e) cometer fraude fiscal.

12.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

**13.2.1. Advertência por escrito**, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado.

13.2.2. Aplicação de multas conforme infrações e valores constantes na tabela abaixo.

ITEM	INFRAÇÃO	VALOR DA MULTA
1	Não cumprir os prazos para cadastramento e inclusão dos beneficiários no plano.	0,2% por dia de atraso sobre o valor total anual do Contrato.
3	Execução de serviço por profissional não capacitado e sem habilitação legal.	1% por incidência sobre o valor total anual do contrato.
4	Não atendimento aos beneficiários nos padrões e prazos estabelecidos neste contrato, sendo que se ultrapassar no decorrer do contrato mais de 10 (dez) ocorrências, a multa incidirá sobre o valor total mensal multiplicado por 10 (dez) meses.	3% (três por cento) sobre o valor total mensal do contrato.
5	Recusa em reembolsar os beneficiários.	Multa de 2% (dois por cento) sobre o valor total mensal do contrato.
6	Descumprimento ao estabelecido com relação à manutenção da rede credenciada.	Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total mensal do contrato.
7	Inadimplemento total do contrato, pela recusa na prestação dos serviços contratados, ou impossibilidade de prestação dos mesmos por culpa da Contratada, a qualquer momento da vigência do contrato.	5% do valor total anual do contrato.

13.2.3. **Suspensão de licitar e impedimento de contratar** com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

13.2.4. **Sanção de impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da União**, com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos.

13.2.5. **Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar** com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

13.3. A sanção de impedimento de licitar e contratar prevista no subitem 13.2.3. também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.

13.4 As sanções previstas nos subitens 13.2.1., 13.2.3., 13.2.4. e 13.2.5., poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

13.5. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

13.5.1 tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

13.5.2 tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

13.5.3 demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

13.6. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.

13.7. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos, ou recolhidos em favor do CRM-PR, ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.

13.7.1. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

13.8. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do licitante, a União ou Entidade poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

13.9. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

13.10. Se, durante o processo de aplicação de penalidade, se houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessárias à apuração da responsabilidade da empresa deverão ser remetidas à autoridade competente, com despacho fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização - PAAR.

13.11. A apuração e o julgamento das demais infrações administrativas não consideradas como ato lesivo à Administração Pública nacional ou estrangeira nos termos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, seguirão seu rito normal na unidade administrativa.

# **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ**

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

13.12. O processamento do PAAR não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à Administração Pública Federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.

13.13 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **14. DO PAGAMENTO**

14.1 O CRM-PR pagará à Contratada, pelos serviços contratados e prestados, o valor ofertado no certame correspondente a cada beneficiário incluído no plano de assistência odontológica, observadas as condições previstas no Contrato.

## **15. DA VIGÊNCIA, DO REAJUSTE E DAS ALTERAÇÕES**

15.1. O prazo de vigência do instrumento contratual a ser firmado com a vencedora do certame será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses, desde que a Contratada oferte preços e condições mais vantajosas para o Contratante, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei nº. 8.666/93 ou outra que venha a substituí-la.

15.2. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, aplicando-se o índice **INPC**, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

15.3. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

15.4. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993 ou ou outra que venha a substituí-la.

## **16. DA SUBCONTRATAÇÃO**

16.1. Não é permitida a subcontratação da rede credenciada.

## **17. AVALIAÇÃO DO CUSTO**

17.1. O custo estimado total anual da presente contratação é de, respectivamente:

17.1.1. R\$ 49.948,08.

17.1.2. A adesão dos beneficiários e dependentes é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de assistência odontológica, igualmente não se responsabilizando o CRM-PR pelo número de beneficiários que venha a aderir ao contrato.

17.1.3. Ressalta-se que a quantidade é estimada, podendo ser alterada em razão de novas contratações ou de desligamento de empregados, bem como de dependentes, considerando a livre opção de adesão do funcionário.

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

17.1.4. Atualmente, o CRM-PR possui aproximadamente 182 (cento e oitenta e dois) beneficiários, entre titulares e dependentes.

## 18. DAS PROPOSTAS DE PREÇOS

18.1. As empresas interessadas poderão considerar em suas propostas de preços **a estimativa de 182 (cento e oitenta e dois) beneficiários.**

### 18.2. DOS PREÇOS

Item	Descrição	Número de beneficiários	Valor unitário máximo mensal por beneficiário aceitável	Valor anual máximo total aceitável
1	Contratação de empresa operadora de <b>plano de serviços de assistência odontológica</b> , autorizada para funcionamento pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestação continuada de serviços de assistência odontológica ambulatorial, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento, sem coparticipação e com abrangência nacional, mediante as condições estabelecidas neste Termo de Referência.	182	R\$ 22,87	R\$ 49.948,08

18.3. As empresas deverão destacar claramente em suas propostas quais são os procedimentos com cobertura prevista no plano, com listagem dos procedimentos e nomenclatura do plano em questão.

**ATENÇÃO: A listagem deve ser emitida por ordem de ESPECIALIDADE e COM OS PROCEDIMENTOS EM ORDEM ALFABÉTICA, nos moldes da tabela constante no item 5.1.**

Procedimentos com cobertura no plano: (informar a nomenclatura do plano)	
	DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO
1.	EMERGÊNCIA
2.	DIAGNÓSTICO
3.	RADIOLOGIA
4.	EXAMES DE LABORATÓRIO
5.	PREVENÇÃO

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

6.	ODONTOPODIATRIA
7.	DENTÍSTICA
8.	ENDODONTIA
9.	PERIODONTIA
10.	PRÓTESE DENTAL
11.	CIRUGIA
12.	ORTODONTIA INTERCEPTATIVA
13.	ORTODONTIA CORRETIVA
Número total de procedimentos cobertos = ...	

## 19. DO GESTOR DO CONTRATO

19.1. A gestora do contrato será a funcionária Ana Cristina Kokott e em sua ausência a funcionária Lúcia de Fátima Fernandes Waltrick, ambas lotadas no Departamento de Recursos Humanos do CRM-PR.

Curitiba, 09 de agosto de 2023.

Departamento de Recursos Humanos do CRM-PR

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

## ANEXO I - MODELO DE ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS

### 1 - DA IDENTIFICAÇÃO DO LICITANTE

Razão social: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Pessoa de contato: Nome: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Dados bancários para pagamento: Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

PIX: : \_\_\_\_\_

Representante Legal que assinará o Contrato: Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### 2- DOS PREÇOS

Item	Descrição	Número de beneficiários	Valor unitário mensal por beneficiário proposto	Valor anual total proposto	Nome do plano ofertado
1	Contratação de empresa operadora de <b>plano de serviços de assistência odontológica</b> , autorizada para funcionamento pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, para prestação continuada de serviços de assistência odontológica ambulatorial, laboratorial, auxiliar de diagnóstico e tratamento, sem coparticipação e com abrangência nacional, mediante as condições estabelecidas neste Termo de Referência	182	R\$ _____	R\$ _____	_____

\*\*\*\*\* Estar em anexo à proposta, a listagem com os procedimentos cobertos pelo plano, conforme constante no item 5.1 e 18.3 do Termo de Referência.

As empresas deverão destacar claramente em suas propostas quais são os procedimentos com cobertura prevista no plano, com listagem dos procedimentos e nomenclatura do plano em questão.

**ATENÇÃO: A listagem deve ser emitida por ordem de ESPECIALIDADE e COM OS PROCEDIMENTOS EM ORDEM ALFABÉTICA, nos moldes da tabela constante no item 5.1.**

Procedimentos com cobertura no plano: (informar a nomenclatura do plano)	
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	
1.	EMERGÊNCIA
2.	DIAGNÓSTICO

# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR - CEP 80810-340  
Telefone: (041) 3240-4000 - Email: protocolo@crmpr.org.br - Site: www.crmpr.org.br

3.	RADIOLOGIA
4.	EXAMES DE LABORATÓRIO
5.	PREVENÇÃO
6.	ODONTOPODIATRIA
7.	DENTÍSTICA
8.	ENDODONTIA
9.	PERIODONTIA
10.	PRÓTESE DENTAL
11.	CIRUGIA
12.	ORTODONTIA INTERCEPTATIVA
13.	ORTODONTIA CORRETIVA
Número total de procedimentos cobertos = ...	

\*\*\*\* A licitante deverá apresentar as respectivas regras do plano de extensão assistencial junto com a proposta comercial e deverão ser incluídas no contrato. (Inserir as regras específicas).

**Valor Total: R\$ \_\_\_\_ (valor por extenso)**

\_\_\_\_ (Localidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
(Representante Legal)