



## COLETA DE PREÇO 004/2025 – CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PLANO DENTAL DOS COLABORADORES DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY

### ANEXO I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

#### 1. OBJETO

**1.1.** O presente documento tem como objetivo a contratação de empresa de plano odontológico empresarial aos colaboradores da **FUNDAÇÃO**, com adesão facultativa e 100% custeado pelo colaborador, de forma a garantir a saúde bucal e a prevenção de doenças odontológicas, de acordo com as normas técnicas e regulamentações pertinentes.

#### 2. ESCOPO DOS SERVIÇOS

**2.1.** A **CONTRATADA** será responsável pelo custeio das despesas com assistência odontológica, observando os limites, o prazo de carência e as condições estabelecidas no contrato, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento. O tratamento abrangerá as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estão relacionadas à saúde bucal.

**2.2** A cobertura odontológica deverá abranger os procedimentos realizados em consultórios, incluindo exames clínicos, diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista responsável, com o objetivo de complementar o diagnóstico do paciente. Isso inclui, entre outros, radiologia, prevenção, odontologia geral, endodontia, periodontia e cirurgia, utilizando recursos próprios ou contratados.

**2.3** Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos, deverão ser cobertos pelo contrato.

#### 3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

**3.1** Os **BENEFICIÁRIOS** receberão um cartão da **CONTRATADA**, que os identificará na rede de atendimento. Este cartão deverá ser portado junto com um documento de identidade com foto sempre que se dirigirem ao consultório do cirurgião-dentista cooperado, credenciado e/ou contratado.

#### 4. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**4.1** A **FUNDAÇÃO** repassará à **CONTRATADA**, por **BENEFICIÁRIO** inscrito no Plano de Assistência Odontológica, o valor mensal a ser acordado entre as partes, descontado em folha de pagamento, que será discriminado em Nota Fiscal de prestação de serviços emitida pela **CONTRATADA**.

**4.2** Os **BENEFICIÁRIOS** inscritos no Plano de Assistência Odontológica, estarão isentos do pagamento do valor de adesão.



## 5. QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS DA EMPRESA CONTRATADA

**5.1. Registro e Regularidade:** A **CONTRATADA** deverá ser devidamente registrada junto à ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) ou ao Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme a legislação vigente, e deverá manter regularidade fiscal e trabalhista.

**5.2. Profissionais Qualificados:** Dentistas com formação reconhecida e devidamente registrados no CRO; Possibilidade de atendimento por especialistas em diferentes áreas da odontologia (periodontia, endodontia, ortodontia etc.); Equipe técnica treinada e qualificada, com experiência comprovada em atendimentos de saúde ocupacional.

Foz do Iguaçu, 15 de março de 2025.

**Elaboração:**

**ANDRESSA CAROLINE DA COSTA**  
Gerente da Divisão

**RONALDO TAVARES**  
Diretor Administrativo-Financeiro