

ANEXO III

TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA

Ref.: Processo Licitatório nº 11/2018
Edital de Pregão nº 09/2018

SUMÁRIO

1.	OBJETO, TIPO DE PLANO, E BENEFICIÁRIOS:	3
2.	JUSTIFICATIVA:	5
3.	ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E FORMA DE PRESTAÇÃO:	5
4.	EXCLUSÕES DE COBERTURA:	10
5.	REDE CREDENCIADA MÍNIMA:	11
6.	PRAZOS DE CARÊNCIAS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES:	12
7.	DOS REEMBOLSOS:.....	13
8.	MECANISMO DE REGULAÇÃO:.....	14
9.	DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:	15
10.	OBRIGAÇÕES DAS PARTES:.....	15
11.	LEGISLAÇÃO APLICADA:	17

1. OBJETO, TIPO DE PLANO, E BENEFICIÁRIOS:

1.1. Objeto:

1.1.1. Contratação de operadora de Plano de Assistência à Saúde, por intermédio de Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo, para a operação de serviços de assistência à saúde, destinados aos servidores ativos, inativos e pensionistas, e seus respectivos dependentes, em regime de contratação coletivo empresarial, em conformidade com a legislação vigente no país.

1.2. Tipo de Plano:

1.2.1. Plano de Assistência Médica ou de Seguro Saúde Coletivo: para prestação de assistência médica, hospitalar e obstétrica, ambulatorial e laboratorial, com acomodação coletiva (enfermaria), na modalidade "Coletivo Empresarial".

1.2.2. Abrangência territorial: com cobertura em todo o território do estado de Santa Catarina (mínimo), porém com garantia de atendimento de urgência/emergência em todo o território nacional quando em trânsito, ou a especialidade não for encontrada no Estado.

1.2.3. Opções: o beneficiário/segurado, individualmente, poderá optar, mediante negociação, com a operadora/seguradora, com o pagamento de adicionais acordados entre as partes, as seguintes coberturas:

- a) Cobertura em todo o território nacional;
- b) Internações em apartamento privativo com banheiro, direito a acompanhante permanente independente do estado de saúde do paciente e sem restrições de faixa etária;
- c) Home care, com tratamento de enfermeiro à domicílio;
- d) Outros produtos correlatos oferecidos pela Contratada.

1.3. Beneficiários:

1.3.1. Na omissão de legislação municipal específica sobre o assunto, ou a regulação da matéria por instrumentos hábeis pela autoridade competente, poderão ser inscritos como beneficiários, e os seus dependentes, os abaixo indicados:

- a) Servidores ativos;
- b) Servidores inativos;
- c) Pensionistas, na forma da lei; e,
- d) Os agentes políticos, no exercício do cargo.

1.3.1.1. São caracterizados como dependentes dos beneficiários:

- a) O cônjuge;
- b) A companheira ou companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) O pai ou a mãe, sem limite de idade;
- d) Filhos(as) solteiros(as), natural ou adotivo, sem limite de idade;
- e) Enteados(as) solteiros(as), sem limite de idade; e,

- f) Solteiros(as), sob guarda ou tutela do beneficiário por força de decisão judicial, sem limite de idade.

1.4. Estimativa de Beneficiários e Dependentes por Idade:

- 1.4.1. O número total estimado de beneficiários, e seus dependentes, conforme registros de abril de 2018 são de 94 titulares incluindo dependentes, número que pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

REGISTRO DO PRODUTO		7267 FREE SC SUL ONLINE 0% TABELA DE VIDAS CP		7276 FREE SC SUL ONLINE PART. 50% STD – TABELA DE VIDAS CP	
Mecanismos de Regulação Financeira		Isento de Coparticipação Franquia nos Procedimentos		Coop. Amd. Limit a R\$ 100.00 Cooppart. Amb. De 50.00%	
Modelo de Adesão		COMPULSÓRIA		COMPULSÓRIA	
Faixa etária		UNIT.	TOTAL	UNIT.	TOTAL
0-18	1	99,86	99,86	61,92	61,92
19-23	3	118,57	356,94	73,52	220,56
24-28	5	153,98	769,90	95,47	477,35
29-33	12	188,02	2.256,24	116,58	1.398,96
34-38	12	206,85	2.482,20	128,24	1.538,88
39-43	12	217,19	2.606,28	134,66	1.615,92
44-48	14	244,60	3.424,40	151,66	2.123,24
49-53	9	264,17	2.377,53	163,79	1.474,11
54-58	15	367,20	5.508,00	227,66	3.414,90
59-999	11	599,11	6.590,21	371,45	4.085,95
Total	94		26.471,56		16.411,79

1.5. Definições:

- 1.5.1. Para fins deste termo de referência, define-se:

- Servidor ativo: a pessoa que ingressou em cargo público através de concurso público, processo seletivo, ou nomeação em cargo em comissão, em pleno exercício da função, da administração pública municipal, incluindo a administração direta e indireta do poder executivo.
- Cargo eletivo: são cargos ocupados por pessoas eleitas através do voto popular durante eleições, incluindo a administração direta e indireta do poder executivo, sendo o prefeito e vice-prefeito.
- Servidor inativo: a pessoa que, preenchendo os requisitos legais, ou por determinação judicial, aposentou-se no serviço público municipal, incluindo a administração direta e indireta do poder executivo.

- d) Pensionista: é o cônjuge, companheiro(a), filho(a) e enteado(a) solteiros(as), e solteiros(as) sob guarda ou tutela por força de decisão judicial, que, por força lei, recebem benefício em virtude de falecimento de servidor público do qual era dependente econômico.
- e) Contratante: órgão público que celebrará, ou celebrou, o contrato com a empresa vencedora da licitação – Contratada;
- f) Contratada: empresa vencedora da licitação que celebrará, ou celebrou, contrato com o órgão público – Contratante;
- g) Regional: região geográfica compreendida pela Associação de Municípios da Grande Florianópolis – GRANFPOLIS, que compreende os seguintes municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

2. JUSTIFICATIVA:

- 2.1. A contratação visa proporcionar assistência médica e hospitalar aos servidores ativos, inativos e pensionistas, e respectivos dependentes, através de plano ou seguro de saúde coletivo de cobertura em todo território nacional.
- 2.2. A contratação em tela visa promover a saúde física e emocional das pessoas, a ser oferecido a todas as vidas do grupo de segurados, com objetivo de proporcionar, tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde, bem maior de todos.

3. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS E FORMA DE PRESTAÇÃO:

- 3.1. A operadora contratada deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde as especialidades médicas e serviços nas condições abaixo descritas, observando-se, ainda, a Lei Federal nº 9.656/98, bem como as resoluções do CONSU/ANS, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional:
 - 3.1.1. Assistência médica nas especialidades a seguir relacionadas:
 - Acupuntura;
 - Alergologia e Imunologia;
 - Anatomia e Patologia;
 - Anestesista;
 - Angiologia;
 - Bronco Esofagologia;
 - Cardiologia;
 - Cirurgia de cabeça e pescoço e buco-maxilo-facial;
 - Cirurgia cardiovascular;
 - Cirurgia endocrinológica;
 - Cirurgia Gastroenterológica;
 - Cirurgia geral;

- Cirurgia de mão;
- Cirurgia oftalmológica: inclusive as cirurgias corretivas (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, facectomia, etc.) nos termos da legislação vigente;
- Cirurgia Pediátrica;
- Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética (incluindo a mamoplastia);
- Cirurgia Torácica;
- Cirurgia Urológica;
- Cirurgia Vascular Periférica;
- Clínica Médica;
- Coloproctologia;
- Dermatologia;
- Endocrinologia e Metabologia;
- Fisiatria;
- Foniatria;
- Gastroenterologia;
- Geriatria e Gerontologia;
- Ginecologia;
- Hematologia;
- Hepatologia;
- Homeopatia;
- Imunologia;
- Infectologia;
- Mastologia;
- Mamoplastia não estética;
- Medicina intensiva;
- Medicina Nuclear;
- Nefrologia;
- Nefrologia pediátrica;
- Neonatologia;
- Neurologia;
- Neurocirurgia;
- Obstetrícia;
- Oftalmologia;
- Oncologia;
- Ortopedia e Traumatologia, inclusive materiais e aparelhos ortopédicos (pinos, parafusos, platinas), próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;

- Pneumologia;
- Psiquiatria, consultas e tratamento ambulatoriais, inclusive internamento;
- Radioterapia;
- Radioisótopos e cintilografia;
- Reumatologia;
- Traumatologia;
- Urologia;
- Além das especialidades médicas e cirúrgicas acima relacionadas deverão estar compreendidas as reconhecidas pelos órgãos que regulamentam a atividade de Plano de Saúde – ANS - Agência Nacional de Saúde, inclusive aquelas que as modernas tecnologias forem disponibilizando e que representem fatores de economia e maior segurança para o beneficiário do plano, tudo na conformidade da Lei nº. 9.656/98 e demais normas pertinentes, desde que possuam o CID (Código Internacional de Doenças).

3.2. Cobertura dos serviços e procedimentos médicos (inclusive cirurgia) e exames complementares, divididos em básicos e especiais, conforme relação a seguir:

3.2.1. Básicos:

- Análise clínica laboratorial;
- Histocitopatologia;
- Anatomopatológico, patologia clínica, citopatologia e colposcopia;
- Eletrocardiograma convencional;
- Eletroencefalograma convencional; e,
- Exames radiológicos simples sem contraste.

3.2.2. Especiais:

- Amniocentese/Coriocentese;
- Audiometria com impedanciometria;
- Audiometria ocupacional;
- Biópsia renal;
- Cateterização de uréter;
- Cauterização;
- Citoscopia;
- Colocação de gesso e similares;
- Densitometria Óssea;
- Diálise peritoneal para agudos e crônicos;
- Diálise peritoneal contínua;
- Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, mapeamento cerebral e eletroencefalograma para monitorização de crises;
- Eletromiografia;
- Embolizações e radiologia intervencionista;

- Endoscopia digestiva e peroral;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Exames invasivos de cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico e tratamento);
- Exames não invasivos de cardiologia: eletrocardiograma convencional e dinâmico Holter, M.A.P.A. (mapeamento ambulatorial da pressão arterial), testes ergométricos e "Tilt Test";
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Fluoresceinografia;
- Gasoterapia;
- Hemodiálise para agudos e crônicos;
- Hemoterapia;
- Implante de catéter para hemodiálise;
- Implante de catéter para diálise peritoneal;
- Inaloterapia, inclusive urgência;
- Laparoscopia;
- Laserterapia (foto eletrocoagulação da retina com laser);
- Litotripsia extracorpórea e endoscópica para vias urinárias;
- Material de osteossíntese (tais como: placas, parafusos e pinos);
- Medicina nuclear (diagnóstica e terapêutica);
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Ortopédia;
- Pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Procedimentos obstétricos;
- Psicologia;
- Próteses intraoperatórias;
- Prova de função pulmonar;
- Punção lombar;
- Quimioterapia;
- Radiodiagnóstico (demais exames radiológicos intervencionistas ou não);
- Radiologia com contraste e intervencionista;
- Radiologia Intervencionista;
- Radioterapia, incluindo megavoltagem, cobaltoterapia, césioterapia, eletroterapia, radioimagem, radioimplante e braquiterapia;
- Ressonância magnética;
- Tomografia computadorizada;
- Transfusão de sangue e seus derivados;

- Tratamento de varizes por esclerosantes;
- Ultrassonografia;
- Outros procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas ou que venham a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pelas operadoras de plano de saúde.

3.3. Atendimento ambulatorial e hospitalar a portadores de dependências químicas, transtornos psiquiátricos e nos casos de diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionadas no CID 10 (ambulatorial e internamento); sendo a duração de seu tratamento conforme a necessidade atribuída pelo médico assistente.

3.4. Serão asseguradas pela Contratada as seguintes condições aos beneficiários:

3.4.1. Todos os exames, consultas, cirurgias, internações e demais procedimentos destinados aos diagnósticos e/ou terapias quando requisitados pelo médico assistente, em conformidade com as disposições deste Termo de Referência;

3.4.2. Quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da Contratada, fica garantido o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário;

3.4.3. A Contratada não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas;

3.4.4. Os hospitais, centros médicos, laboratórios e demais unidades prestadoras dos serviços que constituem o objeto do presente Termo não poderão limitar ou restringir o atendimento, desde que estes integrem sua estrutura de serviços e estejam abrangidos nas especificações dos serviços contratados, sendo terminantemente vedada a exigência de exclusividade de atendimento em unidade própria, o direcionamento e o uso de outros mecanismos de regulação mencionados na letra "b" do inciso I do artigo 4º da Resolução CONSU nº 08/98;

3.4.5. Não haverá limites de permanência para internações hospitalares em UTI's, como determinam as disposições da ANS;

3.4.6. Será de total responsabilidade da Contratada o custo com a remoção de pacientes, dentro do perímetro urbano, e nos perímetros intermunicipal e interestadual, de forma adequada a cada caso, inclusive UTI móvel, sem limite de quilometragem, entre hospitais, no caso de realização de exames e/ou transferência;

3.4.7. Garantia de diárias, acomodações e refeições aos acompanhantes (quando exigidos) de beneficiários e seus dependentes, sem restrição de faixa etária e independente do estado de saúde do paciente, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários e para o Contratante;

3.5. As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto do contrato, serão dirimidas por Junta Médica composta de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Contratada, outro pelo Contratante e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro médico, sua designação será solicitada à Associação de Medicina da cidade ou região da Contratante. Cada parte pagará os honorários do médico que nomear. A remuneração do terceiro médico será pago pelo Contratante e pela Contratada, em

partes iguais.

- 3.6. A Contratada obriga-se a atender as solicitações formuladas pelo fiscal do Contrato, de credenciamento de prestadores neste município e região, no interesse das necessidades dos beneficiários do plano de saúde, devendo, na impossibilidade de credenciar, justificar o motivo do não atendimento do pedido, e envidar esforços para providenciar outro prestador na mesma especialidade, na região solicitada, somente se eximindo de tal dever se comprovada a inexistência de prestadores interessados para credenciamento na região ou município.
- 3.7. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, sem prejuízo da continuidade dos atendimentos em curso até o novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, ao Contratante as providências adotadas.
- 3.8. Não havendo possibilidade comprovada de credenciamento neste município ou região (nesta ordem), o credenciamento será efetuado no município mais próximo possível.
- 3.9. Ocorrendo o credenciamento na forma mencionada no item anterior, ficará a critério do beneficiário locomover-se a outra localidade ou ser reembolsado integralmente pelo valor despendido com o serviço utilizado.
- 3.10. Cobertura de transplantes de fígado, coração, rim, córnea e medula óssea, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 3.11. Cobertura a qualquer tratamento fonoaudiológico, psicológico e fisioterápico, inclusive hidroterapia e Terapia Ocupacional sem limites de sessões.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA:

- 4.1. Estão excluídos do plano/seguro de saúde, os seguintes exames e procedimentos:
 - a) Aborto provocado, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas e saunas de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais e de repouso, tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais;
 - b) Cirurgias plásticas em geral, exceto as restauradoras para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, e, nesses casos, a cobertura estará sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
 - c) Despesas com medicamentos de manutenção após transplantes;
 - d) Despesas extraordinárias de internação, como refrigerantes, lavagem de roupa, aluguel de aparelho de televisão, telefonemas interurbanos e internacionais;
 - e) Home care, inclusive enfermagem particular;

- f) Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;
- g) Medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação;
- h) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos;
- i) Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- j) Remoções por via aérea, salvo nos casos indicados em que se comprove a impossibilidade de realizar-se o tratamento na cidade em que se encontra o paciente;
- k) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar; e,
- l) Tratamento da esterilidade do tipo fertilização in vitro (inseminação artificial).

5. REDE CREDENCIADA MÍNIMA:

5.1. Hospitais Gerais:

- 5.1.1. A Contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em no mínimo 03 (dois) hospitais gerais, credenciados ou próprios, que abranjam diversas especialidades, inclusive com unidade de terapia intensiva (UTI), na área de abrangência territorial; e,
- 5.1.2. Na regional da Contratante, a Contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 03 (três) hospitais gerais, credenciados ou próprios, que abranjam diversas especialidades, sendo que 01 (um) com unidade de terapia intensiva (UTI).

5.2. Maternidades:

- 5.2.1. A Contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 02 (duas) maternidades, credenciada ou própria, com unidade de terapia intensiva (UTI), na área de abrangência territorial; e,
- 5.2.2. Na regional da Contratante a oferta deverá ser de, no mínimo, 2 (duas) maternidades, sendo 01 (uma) com unidade de terapia intensiva.

5.3. Clínicas e Centros Médicos:

- 5.3.1. Na regional do município, a Contratada deverá oferecer, no mínimo, as seguintes clínicas especializadas:
 - a) CARDIOLOGIA – No mínimo, 03 (três) clínicas;
 - b) ORTOPIEDIA – No mínimo, 04 (três) clínicas;
 - c) OTORRINOLARINGOLOGIA – No mínimo, 03 (três) clínicas;
 - d) OFTALMOLOGIA – No mínimo, 03 (três) clínicas;
 - e) UROLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas;
 - f) GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – No mínimo, 04 (quatro) clínicas;
 - g) ONCOLOGIA – No mínimo, 01 (uma) clínica;

- h) PEDIATRIA – No mínimo, 03 (três) clínicas;
- i) NEFROLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas;
- j) FISIOTERAPIA – No mínimo, 04 (quatro) clínicas;
- k) PSICOLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas; e,
- l) NEUROLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas.

5.4. Laboratórios:

5.4.1. Análises Clínicas:

5.4.1.2. Na regional do município, a Contratada deverá oferecer, no mínimo, 05 (cinco) laboratórios de análise clínica, credenciado ou próprio.

5.4.2. Anatomia Patológica:

5.4.2.2. Na regional do município, a Contratada deverá oferecer, no mínimo, 03 (três) estabelecimentos.

5.5. Médicos:

5.5.1. A Contratada deverá obrigatoriamente ter um mínimo de 100 (cem) médicos credenciados em todo na regional.

5.6. Estará desobrigada a apresentar os credenciamentos em hospitais e maternidades, ou clínicas, ou laboratórios, ou médicos, quando verificada a inexistência desses estabelecimentos na área territorial exigida.

6. PRAZOS DE CARÊNCIAS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES:

6.1. Não deverá ser imposta carência de qualquer espécie, aos beneficiários por ocasião da implantação do Plano de Assistência Médica e Hospitalar contratado. Para efeito da isenção de carências na prestação dos serviços, deverá ainda ser observado o subitem seguinte.

6.2. Ficarão isentos do cumprimento de carências:

- a) Os titulares e respectivos dependentes atualmente inscritos no Contrato de Assistência à Saúde, mantido pela Contratante;
- b) Os titulares ou respectivos dependentes que não pertençam ao atual contrato de assistência à saúde, desde que requeiram, por escrito, a inclusão em até 30 (trinta) dias da data de assinatura do contrato a ser firmado com base neste Termo de Referência;
- c) Os titulares, com seus respectivos dependentes, admitidos na vigência do contrato a ser firmado com base neste Termo de Referência, até o prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de admissão;
- d) Os beneficiários dependentes que adquirirem essa condição em decorrência de casamento, nascimento, adoção ou reconhecimento de paternidade, cuja comprovação e requerimento de inclusão no plano ocorram em até 30 (trinta) dias do respectivo evento.
- e) Titulares que retornarem de licença sem remuneração, titulares que retornarem ao exercício após término de cessão/remoção a outro órgão, bem como os redistribuídos, incluindo-se aí os seus dependentes, desde que requeiram a

inscrição até 30 (trinta) dias após o retorno da licença, ou do término da cessão.

- 6.3. Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, determinado pela Contratante, será o seguinte:
- a) Acidentes pessoais, emergências e complicações no processo gestacional – 00 (zero) dia;
 - b) Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais, serviços, procedimentos e exames complementares básicos – 30 (trinta) dias;
 - c) Serviços, procedimentos e exames complementares especiais e todos os demais casos de internação clínica ou cirúrgica, excetuadas as hipóteses anteriores – 90 (noventa) dias; e,
 - d) Parto a termo – 300 (trezentos) dias.
- 6.4. Quando houver exclusão voluntária do plano de saúde, o beneficiário somente estará sujeito às carências contidas nesta cláusula em caso de reinclusão após 30 (trinta) dias do desligamento.
- 6.5. As inclusões e exclusões de beneficiários serão imediatamente comunicadas à contratada e terão vigências cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente à formalização do pedido.
- 6.6. Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar da data do falecimento, sendo a mensalidade calculada pro rata Die.
- 6.7. Os titulares serão excluídos do Plano de Saúde nos seguintes casos:
- a) Cancelamento voluntário da inscrição;
 - b) Falecimento;
 - c) Exoneração ou demissão;
 - d) Desligamento do órgão por posse em outro cargo inacumulável;
 - e) Cassação de aposentadoria e disponibilidade; e,
 - f) Retorno ao órgão de origem do servidor removido, requisitado ou em lotação provisória.
- 6.8. Os dependentes serão excluídos do Plano de Saúde nos seguintes casos:
- a) Falecimento;
 - b) Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído, por qualquer motivo; e,
 - c) Quando solicitado pelo titular do plano.

7. DOS REEMBOLSOS:

- 7.1. A contratada reembolsará as despesas efetuadas pelo beneficiário, integralmente, nas seguintes situações:
- 7.1.1. Quando se configurar urgência/emergência devidamente reconhecida pelo profissional que a executou e nas situações de interrupção do atendimento pela rede de serviços ou do atendimento em determinadas especialidades;

- 7.1.2. Quando o beneficiário estiver em trânsito, em locais onde não houver rede credenciada ou essa seja considerada insuficiente para a cobertura do contrato (não se caracteriza trânsito, o deslocamento do beneficiário exclusivamente com o objetivo de realizar tratamento de saúde);
- 7.1.3. Quando surgirem novos procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pelas operadoras de plano de saúde;
- 7.1.4. Em casos de exames de alta especialização (exames de ponta) que não forem oferecidos pela rede credenciada;
- 7.1.5. Em casos de tratamentos médicos/hospitalares e exames que não forem oferecidos pela rede credenciada da contratada;
- 7.2. Nos casos previstos nos itens 7.1.1 à 7.1.5 será utilizado, para cálculo de reembolso, o valor da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, vigente à época do atendimento.
- 7.3. Nas sessões psicológicas será utilizado o valor da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM para o procedimento de sessão de psicoterapia individual, de grupo, de casal ou infantil (conforme realizado pelo beneficiário).

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

- 8.1. Para a realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados neste termo de referência, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados, sendo que os itens 8.2 e 8.4 poderão ser adotados, facultativamente, pela Contratada.

8.2. Coparticipação:

- 8.2.1. Participação financeira do beneficiário na despesa de assistencial a ser paga, após a realização dos procedimentos e condições abaixo, observados os limites normativos vigentes na legislação, se for o caso.
- 8.2.2. **Os atendimentos serão realizados mediante coparticipação de no máximo 50% (vinte por cento) do custo efetivo dos serviços abaixo listados:**
 - a) Consultas médicas em consultório e pronto socorro;
 - b) Exames e procedimentos de diagnose, exceto no caso de internação;
 - c) Consultas/sessões de fisioterapia, acupuntura, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutricionista, e psicoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas realizadas à execução dos procedimentos.
- 8.2.3. Sempre que houver a atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, publicada pela ANS, e forem inclusos procedimentos não listados acima, e também não contemplados no rol anterior, será incidida a cobrança de coparticipação sobre novas coberturas ambulatoriais incluídas.

8.3. Cartão de Identificação:

- 8.3.1. A Contratada fornecerá ao beneficiário titular, e aos respectivos dependentes, o cartão individual de identificação, contendo o prazo de validade, identificação do beneficiário, cobertura do plano e o vínculo com o Município de Rancho Queimado.
- 8.3.2. Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão contratual, a Contratante será responsável pela devolução do cartão de identificação individual.
- 8.3.3. Ocorrendo a perda ou extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação individual, por responsabilidade da Contratante ou Beneficiário, a Contratante comunicará, formalmente, a Contratada para que sejam tomadas as providências cabíveis, sem prejuízo das responsabilidades individuais.
- 8.3.4. Verificada a necessidade de emissão de novo cartão de identificação individual por perda ou extravio, furto ou roubo, a Contratada poderá cobrar o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) para efetuar a reemissão do cartão, sendo cobrado da Contratante ou do Beneficiário, conforme o caso.

8.4. Autorização Prévia:

- 8.4.1. A Contratada poderá solicitar a autorização prévia para a realização de procedimentos/cirurgias não caracterizadas em regime de urgência/emergência, para exames de diagnose, não caracterizados para exames de rotina, exames complementares ou serviços auxiliares, e exames de alta complexidade e de alta especialização.

9. DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

- 9.1. A Contratada obriga-se a entregar ao Contratante, em até 10 (dez) dias após o início da vigência do Contrato, as carteiras de identificação, agrupadas em ordem alfabética por participantes titulares ou outra ordem conforme solicitado pelo fiscal do Contrato e a mantê-las atualizadas e entregues tempestivamente, ao longo de todo o contrato;
- 9.2. A Carteira de Identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário no ato de sua solicitação de exclusão do Programa, ou no dia útil seguinte àquele do término de sua cobertura pelo plano de saúde;
- 9.3. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da Carteira de Identificação, durante o período em que permanecer cadastrado no Programa e após a sua exclusão, serão única e exclusivamente do beneficiário; e,
- 9.4. Em caso de extravio, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados após a comunicação do evento ao fiscal do contrato que, imediatamente, fará a comunicação à Contratada.

10. OBRIGAÇÕES DAS PARTES:

- 10.1. Sem prejuízo ao disposto no Termo de Contrato, são obrigações da Contratante:
 - 10.1.1. Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do contrato, com respectivos

endereços, constando da relação todas as informações necessárias para fins de cadastramento;

- 10.1.2. Informar, mensalmente, à Contratada, por escrito, qualquer inclusão ou exclusão de beneficiário;
- 10.1.3. Recolher e devolver, quando possível, na ocasião da exclusão de beneficiários, assim como, no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação fornecidas pela Contratada;
- 10.1.4. Checar, semestralmente, ou quando entender necessário, a rede mínima credenciada e/ou contratada
- 10.1.5. Fiscalizar a observância das disposições deste Termo de Referência, a fim de assegurar seu correto e tempestivo cumprimento, sem prejuízo dos procedimentos do controle exercido pela Contratada;
- 10.1.6. Comunicar por escrito à Contratada as deficiências verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades administrativas previstas.
- 10.1.7. Devolver à Contratada a(s) nota(s) fiscal(ais) fatura(s) contendo incorreções com as razões da devolução, por escrito, para as devidas retificações. A devolução de nota(s) fiscal(ais) fatura(s) não aprovada pelo Contratante, em hipótese alguma servirá de motivo para que a Contratada suspenda ou atrase a execução dos serviços;
- 10.2. Sem prejuízo ao disposto no Termo de Contrato, são obrigações da Contratada:
 - 10.2.1. Assegurar aos beneficiários da Contratante os serviços, de acordo com as condições estabelecidas em contrato e na proposta apresentada;
 - 10.2.2. Fornecer aos beneficiários da Contratante, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o início da vigência do contrato, as carteiras de identificação, constando o tipo de Plano a que pertencem e seus nomes, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, e quando necessária a autorização prévia, assegure aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios, nos termos do presente Termo de Referência e da legislação vigente;
 - 10.2.3. Fornecer aos novos beneficiários da Contratante, incluso após a assinatura do contrato, no prazo máximo de 10 (dez) dias do cadastro, as carteiras de identificação, nos termos do item anterior;
 - 10.2.4. Disponibilizar guias médicos, seja de forma impressa ou digital, que deverá ser atualizado, no mínimo, a cada ano.
 - 10.2.5. Comunicar, imediatamente, à Contratante toda e qualquer alteração ocorrida na rede credenciada e/ou contratada (novos credenciamentos/descredenciamentos);
 - 10.2.6. Efetuar as inclusões e exclusões dos beneficiários conforme indicação do Contratante;
 - 10.2.7. Credenciar hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e serviços auxiliares, de forma a atender as exigências contidas neste Termo de Referência;
 - 10.2.8. Atender às solicitações da Contratante de credenciamento de profissionais, devendo

na impossibilidade de credenciar o indicado, providenciar outro da mesma especialidade, na região solicitada;

- 10.2.9. Elaborar e fornecer ao fiscal do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético, contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato;
- 10.2.10. Disponibilizar atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas por dia, para efeito de autorização de serviços (se for o caso) e de informações sobre os serviços contratados;
- 10.2.11. Indicar um responsável (preposto) pela fiel execução do Contrato, que deverá, entre outras tarefas, reunir-se, sempre que solicitado, com a equipe de fiscalização da Contratante; e,
- 10.2.12. Justificar, expressamente, toda negativa de cobertura por parte da Contratada, que deverá ser analisada pelo Fiscal do Contrato.

11. LEGISLAÇÃO APLICADA:

- 11.1. Nos casos omissos neste termo de referência, aplica-se a seguinte legislação:
 - a) Lei Complementar Municipal nº 01/2016 – Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Rancho Queimado;
 - b) Lei Federal nº 9.961/00. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
 - c) Lei Federal nº 9.656/98. Regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde;
 - d) Resolução Normativa ANS nº 259/11. Garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde; e,
 - e) Resolução Normativa ANS nº 387/15. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

Rancho Queimado/SC, em 05 de abril de 2018.

CLECI APARECIDA VERONEZI
Prefeita Municipal