

ANEXO I

PROCESSO LICITATÓRIO - PREGÃO PRESENCIAL Nº 519/2016

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO, ESPECIFICAÇÕES E CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

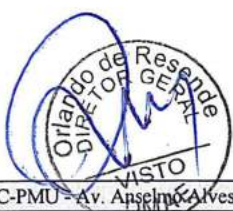
1.) **OBJETO** - O objetivo desta licitação é a contratação de empresa Operadora de Plano de Saúde (Cooperativa de Trabalho Médico ou Medicina de Grupo) **ou seguro de saúde** para a prestação de serviços de **Assistência à Saúde Suplementar**, serviços médicos, hospitalares, obstetrícia, laboratoriais, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, na modalidade **Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia Rede Própria e Ampla Coletivo Empresarial (compulsório e por adesão), acomodação em Enfermaria ou Apartamento**, sem carência, para inscrição dos Servidores Públicos ativos ocupantes de cargos de Provimento Efetivo ou Comissionado, Contratados por Tempo Determinado e Empregados públicos municipais, servidores aposentados (vinculados ao IPREMU), Pensionistas (vinculados ao IPREMU), agentes políticos e seus dependentes, nos valores estimados e modalidades descritas e nas seguintes condições:

A empresa contratada deverá disponibilizar aos titulares beneficiários e seus dependentes, abrangidos nesse termo, 4 (quatro) opções de plano, sendo o plano principal da licitação o **Plano Rede Própria Enfermaria** que consiste no atendimento Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia em acomodação enfermaria, Clínica Médica Própria de Especialidades para consultas médicas eletivas e exames complementares. Rede credenciada para Pronto Atendimento e Internações Clínicas / Cirúrgicas.

Os demais planos, que no presente termo serão chamados de **planos acessórios**, deverão ser fornecidos nas condições que seguem:

- | |
|--|
| 1) Plano Rede Própria Apartamento consiste na cobertura Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia em acomodação apartamento, Clínica Médica Própria de Especialidades para consultas médicas eletivas, exames complementares e terapias. Rede credenciada para Pronto Atendimento e Internações Clínicas / Cirúrgicas; |
| 2) O Plano Rede Ampla Enfermaria consiste na cobertura Ambulatorial Hospital com Obstetrícia em acomodação enfermaria e rede ampla e própria credenciada de livre escolha; |
| 3) O Plano Rede Ampla Apartamento consiste na cobertura Ambulatorial Hospital com Obstetrícia em acomodação apartamento e rede ampla e própria credenciada de livre escolha. |

As despesas oriundas da presente contratação serão rateadas pelo Município de Uberlândia e os titulares beneficiários ficando sob a responsabilidade do primeiro, através da Administração Direta e Indireta, o pagamento dos subsídios dos servidores fixados no presente termo, cabendo ao titular beneficiário o pagamento do restante do valor devido pelo plano escolhido **variando conforme faixa etária, faixa remuneratória, número de dependentes e coparticipação.**



A presente contratação adota 10 faixas etárias com as seguintes condições: o valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa; a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.

Os percentuais de aumento por faixa etária são os previstos na tabela.

Valores estimados para cada modalidade de plano:

Rede Própria		
Faixa etária	Acomodação Enfermaria	Acomodação Apartamento
	Valor do Plano	Valor do Plano
00 A 18	R\$ 86,00	R\$ 115,00
19 A 23	R\$ 99,00	R\$ 132,00
24 A 28	R\$ 114,00	R\$ 152,00
29 A 33	R\$ 131,00	R\$ 175,00
34 A 38	R\$ 151,00	R\$ 201,00
39 A 43	R\$ 173,00	R\$ 231,00
44 A 48	R\$ 212,00	R\$ 282,00
49 A 53	R\$ 275,00	R\$ 367,00
54 A 58	R\$ 358,00	R\$ 477,00
Acima de 59	R\$ 516,00	R\$ 690,00

Rede Ampla		
Faixa etária	Acomodação Enfermaria	Acomodação Apartamento
	Valor do Plano	Valor do Plano
00 A 18	R\$ 105,00	R\$ 138,00
19 A 23	R\$ 121,00	R\$ 159,00
24 A 28	R\$ 139,00	R\$ 182,00
29 A 33	R\$ 160,00	R\$ 210,00
34 A 38	R\$ 184,00	R\$ 241,00
39 A 43	R\$ 212,00	R\$ 277,00
44 A 48	R\$ 258,00	R\$ 338,00
49 A 53	R\$ 336,00	R\$ 440,00
54 A 58	R\$ 436,00	R\$ 572,00
Acima de 59	R\$ 630,00	R\$ 827,00

A Coparticipação, prevista na presente contratação, e de responsabilidade do Titular do plano, é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização do procedimento.

O plano de saúde licitado prevê pagamento de coparticipação, além da mensalidade, e o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utilizá-los. O valor a ser pago por cada procedimento deve ser menor que o pagamento integral do procedimento observando ainda as demais especificações contidas nesse termo.

A presente contratação permite a licitante vencedora adotar, como mecanismo de regulação, a cobrança de coparticipação e autorização prévia (para alguns procedimentos), com fundamento legal na Resolução n. 08/09, observando os valores fixos e previstos nesse termo.



A cobrança de coparticipação, no presente plano, não é considerada contribuição e consequentemente não é considerada para a permanência dos beneficiários no plano nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria nos termos da Resolução nº08/09 da ANS. A coparticipação não caracteriza o financiamento integral do procedimento.

DA INCLUSÃO NO PLANO

O titular do plano poderá ter acesso ao plano de saúde:

- A) de forma compulsória com subsídio integral;
- B) por adesão com subsídio parcial ou;
- C) por adesão sem subsídio.

Considera-se como vencimento básico para o plano de saúde dos servidores públicos efetivos, empregado público o valor recebido sem a inclusão de vantagens pecuniárias permanentes ou temporárias.

Considera-se como vencimento básico para o plano de saúde dos aposentados o valor recebido à título de vencimento base e não o total do provento recebido.

Considera-se como vencimento básico para plano de saúde dos ocupantes exclusivos de cargo comissionado o valor total pago como remuneração.

A) INCLUSÃO COMPULSÓRIA COM SUBSÍDIO INTEGRAL:

Na **inclusão compulsória** será **garantida à Contratada** contrapartida de responsabilidade da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Uberlândia para o **custeio TOTAL de mensalidade** para todos os servidores públicos municipais de cargos de Provimento Efetivo ou Comissionado e Empregados públicos municipais com vencimento básico menor ou igual a R\$1.200,00 (hum mil e duzentos reais) na modalidade **Plano Rede Própria Enfermaria**, correspondes às seguintes faixas etárias:

- Número de servidores compulsórios (relatório gerado em 10/08/2016)

FAIXA ETARIA (em anos)			Quantidade de servidor compulsório em 10/08/2016
0	A	18	0
19	A	23	15
24	A	28	37
29	A	33	84
34	A	38	161
39	A	43	158
44	A	48	161
49	A	53	168
54	A	58	145
59	ACIMA		133



FAIXA ETARIA (em anos)			VALOR DO SUBSIDIO
0	A	18	Até R\$ 86,00
19	A	23	Até R\$ 99,00
24	A	28	Até R\$ 114,00
29	A	33	Até R\$ 131,00
34	A	38	Até R\$ 151,00
39	A	43	Até R\$ 173,00
44	A	48	Até R\$ 212,00
49	A	53	Até R\$ 275,00
54	A	58	Até R\$ 358,00
59	ACIMA		Até R\$ 516,00

Os valores de subsídios para custear a mensalidade total do plano rede própria enfermaria dos servidores em inclusão compulsória (previsto na tabela acima) **é estimativo**. Após o término da licitação, referidos valores corresponderão ao estimado subtraído do desconto ofertado pela licitante vencedora em cada faixa etária no plano rede própria enfermaria.

Os servidores públicos municipais de cargos de Provimento Efetivo ou Comissionado e Empregados públicos municipais com vencimento básico menor ou igual a R\$1.200,00 (hum mil e duzentos reais) **serão incluídos automaticamente na modalidade Plano Rede Própria Enfermária**, independente de adesão.

O valor do subsídio total, previsto na inclusão compulsória, será calculado tomando como base o valor da mensalidade conforme a idade e o vencimento base dos servidores (igual ou menor que R\$1.200,00) no momento da assinatura do contrato entre o Município e a empresa. No decorrer da execução contratual referido valor será atualizado conforme alteração da faixa etária e salarial de cada titular beneficiário.

Os titulares beneficiários da inclusão compulsória, mesmo tendo aderido a um plano acessório, sairão da **inclusão compulsória** quando seu vencimento superar R\$1.200,00. Referida alteração poderá se dar antes de decorrido os primeiros doze meses uma vez que as alterações de faixa etária e remuneratória ocorreram ao longo da execução contratual.

Havendo interesse do titular em permanecer no plano, deverá manifestar junto à licitante vencedora, até o dia 30 do mês subsequente ao mês de referência do pagamento da nova remuneração, o interesse em permanecer e assinar termo de adesão ao plano de saúde. A mesma regra será exigida do titular que tenha aderido a plano acessório eis que o mesmo deverá consentir com a diferença a ser paga conforme idade e modalidade de plano.

O Município, considerando a continuidade do plano de saúde, garantirá à licitante vencedora contrapartida de uma mensalidade do plano principal do titular compulsório que mudar de faixa salarial correspondente a cobertura do mês subsequente a mudança da remuneração, período este que o titular terá para manifestar o interesse em permanecer no plano.

O titular que sair da inclusão compulsória e não manifestar no prazo estabelecido será automaticamente **excluído** do plano. É de responsabilidade do titular acompanhar o





enquadramento no plano de saúde, conhecer os novos valores de mensalidade considerando o subsídio parcial e regularizar sua situação junto à Operadora.

Caso o servidor não regularize no prazo especificado terá que fazer nova adesão e obedecer as carências previstas nesse termo.

O titular que tenha direito à inclusão compulsória e que venha gozar de licenças ou afastamentos previstos no art.45 da LC nº 040/92 permanece na condição compulsória. Demais afastamentos ou licenças não previstas no artigo mencionado não impedem o servidor de manter o plano, porém este deverá custear, desde o primeiro dia de afastamento ou licença, todas as despesas de mensalidade e coparticipação via boleto negociado diretamente com a Operadora ou desconto em folha no caso de licença ou afastamento remunerado.

Será garantido à contratada o repasse da coparticipação do titular desde que seja efetuado desconto em folha de pagamento.

B) INCLUSÃO POR ADESÃO COM SUBSÍDIO PARCIAL:

Na inclusão por adesão com subsídio parcial será garantida à contratada duas contrapartidas:

1. Contrapartida de responsabilidade da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Uberlândia **para o custeio de parte das mensalidades** aos servidores públicos municipais de cargos de Provimento Efetivo ou Comissionado e Empregados públicos municipais **com vencimento básico igual ou acima de R\$1.200,01** (hum mil e duzentos reais e um centavo) conforme faixa etária e valores pré-estabelecidos na tabela abaixo seguir.
2. Contrapartida de responsabilidade da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Uberlândia **para o custeio de parte das mensalidades dos servidores aposentados vinculados ao IPREMU**, independente do valor da remuneração destes, nos valores fixos abaixo descritos:

FAIXA ETARIA (em anos)			VALOR DO SUBSIDIO
0	A	18	Até R\$ 41,00
19	A	23	Até R\$ 46,00
24	A	28	Até R\$ 49,00
29	A	33	Até R\$ 56,00
34	A	38	Até R\$ 61,00
39	A	43	Até R\$ 62,00
44	A	48	Até R\$ 74,00
49	A	53	Até R\$ 113,00
54	A	58	Até R\$ 137,00
59	ACIMA		Até R\$ 256,00

Os valores acima descritos são fixos, podendo no decorrer da execução serem atualizados ficando a cargo do Titular o pagamento da diferença da mensalidade conforme modalidade de plano escolhida e faixa etária.





O titular que tenha direito ao subsídio parcial e que venha gozar de licenças ou afastamentos previstos no art.45 da LC nº 040/92 permanece com o subsídio. Demais afastamentos ou licenças não previstas no artigo mencionado não impedem o servidor de manter o plano, porém este deverá custear, desde o primeiro dia de afastamento ou licença, todas as despesas de mensalidade e coparticipação via boleto negociado diretamente com a Operadora ou desconto em folha no caso de licença ou afastamento remunerado.

A contratada terá direito **as duas contrapartidas de responsabilidade da Administração supracitadas** desde que o servidor faça adesão, no mínimo, ao plano principal (rede própria enfermária). Será garantido ainda o repasse da diferença das mensalidades e/ou coparticipação conforme plano escolhido e faixa etária desde que seja efetuado desconto em folha de pagamento.

Valores de Mensalidades e coparticipação cobrados via boleto eximem a Contratante de responsabilidade sobre o repasse de referidos valores.

C) INCLUSÃO POR ADESÃO SEM SUBSÍDIO:

A inclusão por adesão sem subsídio deverá ser disponibilizada para os Agentes Políticos, contratados temporariamente e pensionistas (vinculados ao IPREMU) desde que façam a adesão a um dos planos previstos (principal ou acessórios) e arquem com o total das despesas de mensalidade e coparticipação preferencialmente via desconto em folha de pagamento.

Na inclusão por adesão sem subsídio será garantido à contratada o repasse das respectivas mensalidades e coparticipação desde que descontadas em folha de pagamento (definidas conforme faixa etária e modalidade de plano escolhido) desde que seus titulares façam a adesão junto à Contratada.

Valores de Mensalidades e coparticipação cobrados via boleto eximem a Contratante de responsabilidade sobre o repasse de referidos valores.

1.1.4. INCLUSÃO DOS DEPENDENTES:

A Contratada deverá garantir a inclusão dos dependentes legais previstos no item 5.2 e na mesma modalidade de plano do titular, desde que esse o faça por meio de assinatura de termo de adesão.

Será garantida à empresa Contratada contrapartida de responsabilidade da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Uberlândia para o custeio parcial das mensalidades dos dependentes legais dos titulares detentores de subsídio total ou parcial, no **valor fixo** de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por dependente, independente da faixa etária deste.

Os dependentes legais dos Contratados por Tempo Determinado, Pensionistas (vinculados ao IPREMU) e Agentes Políticos podem aderir ao plano desde que custeiem os valores integrais do plano conforme faixa etária e modalidade escolhida.



Será garantido o repasse das diferenças de mensalidade e coparticipação dos dependentes legais dos titulares detentores de subsídio total ou parcial, bem como os valores totais das mensalidades e coparticipação dos dependentes legais de Contratados por Tempo Determinado, Pensionistas (vinculados ao IPREMU) e Agentes Políticos desde que descontados em folha de pagamento.

Em nenhuma hipótese o Município através da Administração Direta e Indireta garantirá as adesões dos dependentes e a escolha do tipo de plano disponível. Ambos são de responsabilidade e a critério do titular. Adesões solicitadas exclusivamente pelo dependente não serão aceitas.

Valores de Mensalidades e coparticipação cobrados via boleto eximem a Contratante de responsabilidade sobre o repasse de referidos valores.

O valor devido a título de mensalidade dos planos de dependentes, depois de decotado o valor de R\$35,00 (trinta e cinco reais), bem como as coparticipações financeiras dos titulares e dependentes, será 100% (cem por cento) custeado pelo servidor público titular de Plano de Saúde e será pago prioritariamente via desconto em folha de pagamento por ele autorizado.

ESPECIFICAÇÕES

O Plano de Saúde, na modalidade empresarial, com inclusões compulsórias ou mediante adesões individualizadas, operacionalizado em Clínica Médica Própria de Especialidades e Rede Credenciada de Livre Escolha, deverá contemplar todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 e suas alterações e laboratorial complementar, nas especialidades existentes e legalmente reconhecidas pelos seus respectivos conselhos, além das que vierem a existir, com padrões de enfermagem e superiores, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, **conforme descrição detalhada constante do item 2.**

Os serviços cobertos pelo Plano Objeto deste Pregão deverão ser prestados pela Contratada na forma descrita nos itens 2 e 3, observadas as disposições do Edital de Licitação e do Contrato a ser celebrado, além dos serviços cobertos pelos outros planos oferecidos aos usuários constantes do **item 2**, cujas despesas correrão à conta dos **BENEFICIÁRIOS-TITULARES**.

A área abrangência geográfica do plano é o Município de Uberlândia;

Para os casos de urgência e ou emergência o plano prevê atendimento em âmbito nacional, mediante consulta prévia ao sistema de atendimento ao cliente da licitante vencedora.

Os serviços auxiliares, laboratoriais e de diagnóstico credenciados e disponibilizados, deverão ser autorizados pela operadora conforme previsto nos itens 2.10 e 2.11.



O pagamento da mensalidade do titular, nos casos de licença sem remuneração ou afastamento legal do titular sem remuneração, deverá ser efetuado através de boleto, negociado e emitido pela Contratada. Cabe ao titular promover todos os atos necessários para sua manutenção no plano, eximindo o Município de qualquer responsabilidade no caso de exclusão, por inadimplência.

Os valores devidos diretamente pelo Município de Uberlândia, através da Administração Direta e Indireta serão pagos conforme prazos e condições previstas no contrato. Os valores oriundos dos descontos em folha de pagamento serão pagos à Contratada observando o disposto no Decreto Municipal nº 11.619/2009 e alterações.

O valor da mensalidade e coparticipação de responsabilidade do titular será cobrado prioritariamente na folha de pagamento (consignação) e repassado à licitante vencedora nas condições anteriormente previstas. Na impossibilidade de desconto em folha caberá à contratada promover via boleto a cobrança dos respectivos valores.

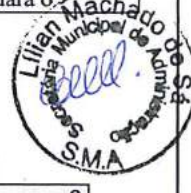
Fica expresso que o Município de Uberlândia, através da Administração Direta e Indireta não se obriga a atingir o valor global estimado na Licitação, uma vez que os quantitativos que a orientam são estimados.

A licitante vencedora poderá parcelar o débito do servidor para pagamento através de cartão de crédito ou desconto em folha de pagamento, desde que haja margem consignatória.

Em caso de inadimplência do servidor titular quanto aos valores de sua responsabilidade (mensalidade total ou parcial do titular, mensalidade total ou parcial de dependente e coparticipações) caberá a contratada fazer a negociação direta com o servidor, eximindo o Município de qualquer responsabilidade proveniente desta negociação.

A inadimplência do titular referente as parcelas de sua responsabilidade para manutenção do plano poderão ensejar as seguintes medidas por parte da Licitante vencedora e da Contratante:

Titular com: (condição cumulativa)	Inadimplência em:	Licitante Vencedora poderá:	Contratante
Inclusão compulsória no plano Principal sem dependente.	1) Coparticipação do titular	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia de atraso e não havendo pagamento ou negociação, poderá suspender o uso do plano no 60º dia.	Efetuará o repasse do subsídio normalmente
Inclusão compulsória no plano Principal, com dependente. OS: dependente com subsídio parcial	1) Coparticipação do titular; 2) Coparticipação e/ou mensalidade de dependente;	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá suspender o uso do plano no 60º dia. 2) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, será cancelado/excluído o plano do dependente no 60º dia.	1) Efetuará o repasse do subsídio do titular normalmente. 2) após cancelamento /exclusão cessa o pagamento do subsídio do dependente
Inclusão compulsória, adesão a	1) Mensalidade de plano	1) Licitante vencedora notifica até 50º	1) Efetuará o



plano acessório, com ou sem dependente. OS: dependente com subsídio parcial	acessório e/ou coparticipação titular; 2) Mensalidade parcial e/ou coparticipação do dependente;	dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá <u>suspender</u> o uso do plano no 60º dia e, volta para o plano principal. 2) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, será <u>cancelado /excluído o plano do dependente</u> no 60º dia .	repasse do subsídio do titular normalmente. 2) após cancelamento /exclusão cessa o pagamento do subsídio do dependente
Subsídio parcial, em qualquer plano, sem dependente	1) Diferença mensalidade e/ou coparticipação do titular;	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá <u>cancelar/excluir</u> o plano no 60º dia.	1) após cancelamento /exclusão cessa o pagamento do subsídio do titular
Subsídio parcial, em qualquer plano, com dependente	1) Diferença mensalidade e/ou coparticipação titular; 2) mensalidade parcial e/ou coparticipação do dependente;	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá <u>cancelar/excluir</u> o plano no 60º dia. Haverá automaticamente cancelamento do dependente. 2) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, será <u>cancelado /excluído o plano do dependente</u> no 60º dia .	1) após cancelamento /exclusão cessa o pagamento do subsídio do titular e dependente. 2) após cancelamento /exclusão cessa o pagamento do subsídio do dependente
SEM SUBSÍDIO sem dependente	1) mensalidade total e/ou coparticipação titular	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá <u>cancelar/excluir</u> o plano no 60º dia.	
SEM SUBSÍDIO, com dependente	1) mensalidade e/ou coparticipação titular; 2) mensalidade e/ou coparticipação do dependente;	1) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, poderá <u>cancelar/excluir</u> o plano no 60º dia. Haverá automaticamente cancelamento do dependente. 2) Licitante vencedora notifica até 50º dia e não havendo pagamento ou negociação, será <u>cancelado /excluído o plano do dependente</u> no 60º dia .	

Toda notificação de inadimplência deverá ser enviada ao Titular do plano pela licitante vencedora.

O cancelamento do plano titular automaticamente cancela o do dependente.

Nos termos da Resolução Normativa 279 de 24 de novembro de 2011 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o servidor exonerado sem justa causa ou aposentado que tiver contribuído com o pagamento integral ou parcial da própria mensalidade do plano de saúde, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação financeira, poderá optar pela permanência no plano de acordo com a resolução normativa.



Além da assistência médica suplementar que visa o tratamento das enfermidades que acometem ou poderão acometer os servidores municipais, o plano de saúde licitado é parte integrante e de fundamental importância no desenvolvimento dos **Programas de Promoção à Saúde devidamente aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**.

Dentre as ações que envolvem o desenvolvimento dos Programas de Promoção à Saúde do Servidor está a prática da medicina preventiva. Como o próprio nome remete ao seu objetivo fim, a medicina preventiva se dedica à prevenção e não apenas ao tratamento da doença, atuando nas esferas primária, secundária, terciária e quaternária.

A Medicina Preventiva Primária objetiva a iniciação de uma ação consciente e voluntária das pessoas para a precaução e manutenção da própria saúde.

A Medicina Preventiva Secundária visa o tratamento de doenças crônicas monitoradas por equipe multidisciplinar.

A Medicina Preventiva Terciária atende ao acompanhamento das enfermidades de alta complexidade através de equipe multidisciplinar.

A Medicina Preventiva Quaternária atua com ações que visam evitar a iatrogenia, ou seja ocorrência de doenças que se originam do tratamento de outras, associadas às intervenções médicas como a sobremedicalização ou os excessos preventivos.

As ações preventivas indicadas a curto, médio e longo prazo, disseminadas entre os servidores e seus familiares, poderá trazer impacto positivo nos resultados profissionais que poderão ser percebidos em diversos setores, inclusive no absenteísmo e o presenteísmo instalados na rotina da Administração Pública Municipal.

O plano de saúde deverá ser operacionalizado via **Clínica Médica Própria de Especialidades** e rede credenciada **local** que a licitante vencedora será obrigada a disponibilizar aos beneficiários e conforme condições explícitas neste Termo de Referência.

O Plano Rede Própria oferecido aos beneficiários tem como características:

- a) Ser coletivo empresarial, aos titulares e seus dependentes, conforme previsto no item 1.
- b) Não admitir agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes, de acordo com a legislação vigente;
- c) Não admitir períodos de carência para início da prestação do serviço de acordo com a legislação vigente;
- d) Ser operacionalizado em **Clínica Médica Própria de Especialidades** que disponha das especialidades e estrutura para atendimento conforme previsto nesse termo de referência.

O plano de saúde licitado contempla a assistência médica **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, padrão de acomodação enfermagem ou apartamento**, com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos Médicos e normas editadas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, e em especial a **Lei 9.656/98** e suas combinações até a presente data, bem como toda e qualquer ampliação de procedimentos que vierem a ser estabelecidos pela ANS.



2. SERVIÇOS

2.1) Os serviços oferecidos deverão estar de acordo com as especificações técnicas definidas no presente termo de referência e na Resolução Normativa nº 387/2015, da ANS, em sua redação atual, compreendendo todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, os atendimentos em pronto socorro, de urgência e/ou emergência e internações hospitalares, que serão prestados pela licitante vencedora aos clientes beneficiários inscritos no plano e de acordo com o previsto na legislação que regulamenta o mercado de planos de saúde suplementar.

2.2) A prestação dos serviços, objeto deste termo, pela licitante vencedora, será realizada através de sua **Clínica Médica Própria e de Especialidades e Rede Credenciada**, conforme previsto.

2.3) **Acomodação Enfermaria** (Rede Própria e Rede Ampla): Ambulatorial Hospitalar com obstetrícia, acomodação coletiva com até três leitos em âmbito local;

2.4) **Acomodação Apartamento** (Rede Própria e Rede Ampla): Ambulatorial Hospitalar com obstetrícia, acomodação individual com banheiro privativo em âmbito local;

2.5) Todos os titulares do plano poderão optar pelos **Planos de rede própria apartamento, rede ampla enfermaria ou apartamento**, devendo ser responsáveis pelo pagamento da diferença de mensalidade prioritariamente com desconto em folha ou mediante boleto bancário emitido pela operadora.

2.6) Os dependentes inscritos no plano de saúde deverão obrigatoriamente acompanhar o plano do titular.

2.7) A mudança do **plano com acomodação em enfermaria** para o **plano com acomodação em apartamento**, obedecerá à regulamentação prevista na Lei 9.656, Art. 12, inciso V e Súmula Normativa 21 da ANS.

2.8) A rede credenciada deverá apresentar estrutura mínima para utilização em:

2.8.1) Clínicas particulares, consultórios médicos e demais profissionais credenciados, de livre escolha do beneficiário;

2.8.2) Internação Hospitalar para atendimento eletivo, urgência e emergência, com Unidade de Terapia Intensiva ou similar e acomodações em enfermaria e apartamento;

2.8.3) Representante da licitante vencedora, na cidade de Uberlândia, com poder decisório sobre todos os aspectos relativos ao Plano de Saúde, disponível em horário comercial de segunda a sexta-feira.



2.9) A empresa vencedora deverá comprovar no ato da assinatura do Contrato, através de cópia simples, os contratos mantidos com um mínimo de 04 (quatro) hospitais credenciados no Município de Uberlândia para internações clínicas e cirúrgicas dispondo de:

- 25 (vinte e cinco) leitos para UTI Geral;
- 10 (dez) leitos para UTI Neonatal;
- 180 (cento e oitenta) leitos (enfermaria/apartamento);
- 12 (doze) salas cirúrgicas (incluindo as obstétricas).

Caso os contratos não contenham a estrutura hospitalar discriminada, a licitante deverá apresentar declaração dos prestadores comprovando a estrutura mínima exigida para atendimento.

2.10) A Contratada poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos descritos adiante, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos aos beneficiários do Plano de Saúde:

- a) Eletroencefalograma digital, mapeamento cerebral e procedimentos correlatos;
- b) Endoscopias;
- c) Hemoterapia ambulatorial;
- d) Assistência ambulatorial em psiquiatria;
- e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- f) Procedimentos em hospital/dia e clínica/dia;
- g) Nutrição parenteral/enteral;
- h) Provas imunoalérgicas;
- i) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica hemodinâmicos;
- j) Procedimentos que exijam anestesia local, sedação ou bloqueio;
- k) Embolização e radiologia intervencionista;
- l) Angiografia;
- m) Cintilografia;
- n) Ultra-sonografia;
- o) Tomografia/petscan;
- p) Densitometria óssea;
- q) Ressonância Magnética;
- r) Mamografia;
- s) Doppler;
- t) Internações Clínicas;
- u) Internações Cirúrgicas;
- v) Órteses, próteses e materiais especiais;
- w) Remoção inter-hospitalar; e
- x) Transplantes.

A Licitante vencedora poderá ainda exigir autorização prévia para a realização de procedimentos eletivos (todo atendimento fora do pronto socorro ou internação e os não considerados de urgência e emergência), exceto exames laboratoriais e raio x.

A licitante vencedora deverá fazer constar as regras de autorização no Manual Operacional do Beneficiário exigido nesse termo. Nos casos em que a Contratada exigir autorização prévia,



deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 10 (Dez) dias úteis, contados da data de protocolo da Guia de Solicitação Médica na operadora, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação e 21 (vinte e um) dias úteis para realizar cirurgias eletivas e exames de alta complexidade, **ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência** que dispensam a autorização prévia nos termos da Resolução Normativa nº 395 da ANS.

Nos casos de autorização prévia que for indispensável à entrega de laudos, documentos e a presença do beneficiário solicitante junto ao profissional avaliador, o prazo acima estabelecido passará a ser contado a partir do cumprimento das exigências.

Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 10 (Dez) dias úteis, contados da data de protocolo e 21 (vinte e um) dias úteis para realizar cirurgias eletivas e exames de alta complexidade contadas da formalização do processo.

A junta médica será constituída por três membros, sendo um o Requerente do procedimento ou outro profissional indicado pelo beneficiário, um médico da Contratada, e um terceiro membro escolhido consensualmente pelos outros dois componentes da junta.

A remuneração dos membros da junta médica ficará a cargo da **Contratada**, exceto quando o profissional escolhido pelo beneficiário não pertencer à rede da Contratada do **Plano de Saúde**, caso em que seus honorários ficarão sob a responsabilidade do beneficiário.

Quando necessário, os casos omissos para autorização prévia serão resolvidos com intermédio do representante indicado da Prefeitura de Uberlândia junto à licitante vencedora.

3. DOS PLANOS

3.1) A Licitante Vencedora assegurará aos beneficiários, regularmente inscritos nos planos, os serviços descritos nesse termo, compreendendo todo o Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, constantes no Anexo da Resolução nº 387 de 28/10/2015 da ANS, bem como aqueles acrescentados por legislação posterior, os quais serão prestados pela Contratada na Clínica Médica Própria de Especialidades e rede credenciada abrangendo consultórios médicos, hospitais, clínicas, ambulatorios e laboratórios, entre outros, nas especialidades médicas relacionadas e classificadas pela Organização Mundial da Saúde;

3.2) Na hipótese do Rol de Procedimentos Médicos ser disciplinado por nova resolução normativa, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outro Órgão competente, estas ficarão automaticamente incorporadas ao Contrato a ser firmado com a Licitante vencedora.

3.3) DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR





3.3.1) O Plano de Saúde contratado deverá assegurar aos beneficiários a cobertura dos serviços e materiais adiante arrolados, dentro das necessidades apresentadas, sem limite de diárias hospitalares, inclusive em U.T.I.;

3.3.1.1) Intervenções cirúrgicas ambulatoriais;

3.3.1.2) Medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento cirúrgico ambulatorial;

3.3.1.3) Tratamento psiquiátrico e de dependência química, na forma e nos limites previstos em Resolução CONSU/ANS;

3.3.1.4) Diárias com acomodações em enfermaria, com até três leitos e apartamento individual com banheiro privativo, de acordo com a opção do Plano contratado pelo titular, sem limite de prazo;

3.3.1.5) Alimentação e acomodação de acompanhante para pacientes menores de dezoito anos ou maiores de sessenta anos, vedada à limitação de prazo;

3.3.1.6) Utilização de Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva ou similares, e toda a aparelhagem necessária ao tratamento do paciente durante a internação hospitalar, vedada a limitação de prazo;

3.3.1.7) Honorários da equipe médica credenciada;

3.3.1.8) Transfusão de sangue e seus derivados, durante o período de internação;

3.3.1.9) Medicina fisiátrica e de reabilitação, sem finalidade estética, e sessões de fisioterapia, a critério do médico assistente, sem limite de quantidade no período de internação;

3.3.1.10) Remoção inter-hospitalar em Ambulância / UTI móvel conforme previsto na legislação vigente;

3.3.1.11) Cirurgias éticas e plásticas não estéticas, quando efetuadas exclusivamente para restauração de funções fisiológicas previstas no Rol de Procedimentos da ANS;

3.3.1.12) Atendimentos obstétricos que se relacionem à gestação e aos partos normais, cesarianas e complicações no processo gestacional, bem como abortamentos determinados exclusivamente em razão do risco de morte da gestante, desde que observados os princípios da deontologia médica, além de despesas com berçário, bem como cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os primeiros trinta dias de vida;

3.3.1.13) Exames complementares especializados para diagnósticos, controle de tratamento e evolução da doença que motivou a internação, até a alta hospitalar;

3.3.1.14) Tratamento psiquiátrico e de dependência química, na forma e nos limites determinados pela legislação em vigor;





3.3.1.15) Cirurgias esterilizadoras quando sob indicação terapêutica, observados os procedimentos éticos pertinentes e a legislação em vigor;

3.3.1.16) Doenças crônicas preexistentes;

3.3.1.17) Alimentação, inclusive dietética, durante a internação hospitalar;

3.3.1.18) Serviços gerais de enfermagem;

3.3.1.19) Despesas com próteses, órteses e acessórios ligados ao ato cirúrgico, excetuando-se o uso para fins estéticos;

3.3.1.20) Materiais, medicamentos, anestésicos e gases medicinais necessários ao tratamento até a alta hospitalar;

3.3.1.21) Transplantes de rins, córnea e medula óssea, e implantes, incluindo despesas com doadores vivos até a alta hospitalar. Os procedimentos de transplantes e implantes deverão submeter-se à legislação específica vigente;

3.3.1.22) Radioterapia, quimioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal;

3.3.1.23) Fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI pediátrica e a pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente;

3.3.1.24) Sedação e analgesia em procedimentos médico de pacientes com necessidades especiais;

3.3.1.25) Demais procedimentos cobertos pelo Rol de Procedimentos da ANS.

3.4) É obrigatória a cobertura ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10:

3.4.1) A **psicoterapia de crise**, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a quarenta sessões por ano de contrato, conforme resolução ANS. Após esse teto, e sem limite, a Contratada poderá cobrar a coparticipação de 50% (limitada a R\$ 32,00 por psicoterapia realizada) sobre o valor pago aos profissionais credenciados;

3.4.2) O custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação contínuo ou não, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise e, após esse teto, e até o limite determinado pela legislação específica, a **Contratada** poderá cobrar a coparticipação de até 50% sobre o valor pago aos profissionais e às Unidades credenciados nos termos do art.22, Item II, alínea “b” do Rol de Procedimentos.



3.4.3) Além da cobertura especificada no item anterior, o beneficiário poderá dispor de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia;

3.4.3.1) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o item 3.4.3. será estendida a cento e oitenta dias por ano.

3.4.4) Custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

3.4.5) Estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

3.4.6) A **Contratada** poderá alterar a lista de profissionais, serviços, clínicas, hospitais, laboratórios etc. apresentada no ato de assinatura do Contrato, desde que não implique em diminuição dos serviços contratados e nem comprometa a qualidade desses serviços, mediante comunicação ao representante legal dos **CONTRATANTES**.

3.5) Na hipótese da necessidade da Contratada em substituir Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Profissionais e demais Credenciados:

3.5.1.) Todas as alterações na rede credenciada deverão ser divulgadas aos beneficiários respeitando os critérios definidos pela legislação vigente da ANS.

3.5.2.) Quando houver substituição do prestador, por parte da **Contratada**, durante o período de internação do beneficiário do Plano de Saúde, o prestador obriga-se a manter a internação e a **Contratada** a pagar as despesas até a alta hospitalar.

3.5.3.) A licitante vencedora deverá disponibilizar na sua **Clínica Médica Própria de Especialidades**, para as **Consultas Médicas Eletivas**, no mínimo as seguintes especialidades:

- 3.5.3.1.) Cardiologia
- 3.5.3.2.) Cirurgia Cardíaca
- 3.5.3.3.) Cirurgia Geral
- 3.5.3.4.) Cirurgia Vascular
- 3.5.3.5.) Clínica Geral
- 3.5.3.6.) Dermatologia
- 3.5.3.7.) Endocrinologia
- 3.5.3.8.) Fisioterapia
- 3.5.3.9.) Gastroenterologia
- 3.5.3.10.) Geriatria
- 3.5.3.11.) Ginecologia
- 3.5.3.12.) Mastologia
- 3.5.3.13.) Neurologia
- 3.5.3.14.) Nutrição
- 3.5.3.15.) Obstetrícia
- 3.5.3.16.) Oftalmologia





- 3.5.3.17) Oncologia
- 3.5.3.18) Ortopedia
- 3.5.3.19) Otorrinolaringologia
- 3.5.3.20) Pediatria
- 3.5.3.21) Pneumologia
- 3.5.3.22.) Psicologia
- 3.5.3.23) Psiquiatria
- 3.5.3.24) Reumatologia
- 3.5.3.25) Urologia

3.5.4.) Havendo **indicação** de consulta médica em rede credenciada para beneficiários dos Planos Rede Própria, não poderá haver alteração do valor cobrado de coparticipação.

3.5.5.) As consultas médicas na **Clínica Médica Própria de Especialidades** poderão ser agendadas através de telefone **(0800)**, ou seja, sem qualquer custo de ligação ao beneficiário, ou pessoalmente;

3.5.6.) As regras e os prazos para efetivação das consultas médicas e demais procedimentos estão amparados pelas **Resoluções Normativas 259 e 268 da ANS** e demais atualizações;

3.5.7.) A licitante vencedora deverá manter na sua Clínica Médica Própria de Especialidades, quantidade de médicos que atendam aos beneficiários, **no mínimo**, respeitando aos prazos previstos pelas **Resoluções Normativas 259 e 268 da ANS** e demais atualizações;

3.5.8.) O horário de atendimento aos beneficiários na Clínica Médica Própria de Especialidades deverá ser **no mínimo** de segunda a sexta-feira, das **7:00 às 18:00 horas**, exceto em feriados, quando não haverá expediente;

3.5.9.) A Clínica Médica Própria de Especialidades deverá oferecer obrigatoriamente, no mínimo, os exames complementares de diagnóstico e terapias, quais sejam: exame laboratorial, ultrassom, eletrocardiograma, teste ergométrico, audiometria, holter, mapa, ecocardiograma e fisioterapia.

3.5.10.) Os demais exames complementares de diagnóstico e terapia não disponibilizados no item 3.5.9 deverão ser disponibilizados através da rede credenciada da licitante vencedora.

3.5.11.) A licitante vencedora poderá oferecer acesso a atendimento em ambiente hospitalar através de recurso próprio, apenas como facilitador do processo e não como restrição ao uso da rede credenciada para este fim;

3.5.12.) Caberá à licitante vencedora implementar controles sobre os exames complementares realizados pelos beneficiários, de forma a evitar que haja repetição desnecessária de exames, minimizando o impacto na cobrança de coparticipações;

3.5.13.) Havendo entendimento por parte do beneficiário, de que a realização de determinados exames seja considerada desnecessária, por se enquadrarem no **item 3.5.12**, poderá o beneficiário procurar a área de atendimento da licitante vencedora para fins de



avaliação médica dos exames, podendo ainda a mesma intermediar o assunto com o solicitante;

3.5.14.) A licitante deverá apresentar estrutura física para a Clínica Médica Própria de Especialidades, priorizando as **condições de acessibilidade**, que possam inclusive superar as exigências dos órgãos competentes, dispondo de no mínimo:

- a.) Localização servida por transporte público regular;
- b.) Recepção com atendimento ininterrupto durante todo o horário de funcionamento;
- c.) Sala de espera com espaço compatível para acomodar os beneficiários que aguardam para a realização das consultas médicas;
- d.) Consultórios médicos em quantidade suficiente para o atendimento da demanda conforme especialidades previstas nos **itens 3.5.3.1 a 3.5.3.25**.
- e.) Os consultórios deverão ser equipados de acordo com as exigências de cada especialidade médica;

f.) Será obrigatório à licitante vencedora a oferta de no mínimo serviços de apoio, diagnóstico e terapia dentro das instalações da Clínica Médica Própria de Especialidades, devendo a estrutura de atendimento respeitar as mesmas regras exigidas para a realização das consultas médicas;

3.5.15.) Os cartões de identificação do plano de saúde dos clientes vinculados ao **Plano Rede Própria** deverão conter observação de atendimento a Consultas Médicas Eletivas apenas na Clínica Médica Própria de Especialidades

3.6. DA REDE CREDENCIADA PARA ATENDIMENTO

3.6.1.) A licitante vencedora deverá manter rede médica credenciada para atendimento em todas as especialidades constantes no Rol de Procedimentos da ANS em quantidade que atenda à demanda, respeitando os prazos de atendimento conforme legislação vigente.

3.6.2.) Os clientes beneficiários do **Plano Rede Ampla** terão livre acesso ao guia médico de rede credenciada da licitante vencedora, para a **livre escolha** do médico especialista;

3.6.3.) As regras e os prazos apontados nas **Resoluções Normativas 259 e 268 da ANS** e demais atualizações **não terão efeito** para efetivação das **consultas médicas eletivas** na rede credenciada, quando o beneficiário escolher um profissional específico. Neste caso o prazo de atendimento será o disponibilizado pelo profissional;

3.6.4.) Caso o beneficiário do **Plano Rede Ampla** tenha interesse, poderá fazer uso da **Clínica Médica Própria de Especialidades** respeitando as regras próprias da modalidade;

3.6.5.) Caberá à licitante vencedora a devida orientação aos médicos da rede credenciada quanto às regras apresentadas neste Termo de Referência;

3.7. DAS DOENÇAS CRÔNICAS, PREEXISTENTES E CONGÊNITAS:

3.7.1.) Deverão ser admitidos, sem restrição, todos os beneficiários, quando portadores de doenças crônicas, pré-existentes ou congênitas;

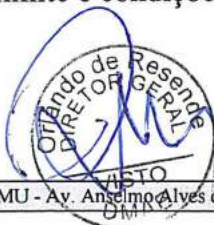




3.8. DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS:

3.8.1.) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina;
- Medicamentos sem registro na ANVISA;
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não, reconhecidos pelas autoridades competentes (Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina);
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, cataclismos, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- Tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causadas por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes;
- Vacinas;
- Medicamentos importados não nacionalizados;
- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas, e estudo de DNA e suas consequências, bem como tratamento cirúrgico para todos os tipos de impotência sexual;
- Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras;
- Tratamentos clínicos e cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento ou ganho de peso, assim como em SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- Tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando decorra de reconstrução por retirada da mama em função de tumor ou trauma, desde que justificado pelo laudo do médico assistente, ficando ainda o associado sujeito à perícia médica;
- Medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou durante atendimentos em ambulatório, urgência e emergência, ficando claro que não será fornecido qualquer medicamento para tratamento domiciliar. É excluído, também, o fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologia do Ministério da Saúde - CONITEC;
- Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar;
- Aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Despesas não vinculadas diretamente à cobertura do Contrato, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhantes, nos termos da lei, ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;





- Tratamentos em “SPA”, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- Identificação de cadáveres ou restos mortais;
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total de função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- Demais atualizações da legislação.

4. DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

4.1.) Na hipótese de internação, o beneficiário terá direito a utilização de acomodação no padrão determinado pela sua escolha do Plano. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar em enfermaria, será garantido a estes beneficiários o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicionais;

4.2.) Em casos de internação hospitalar de beneficiário de plano em acomodação enfermaria opte por acomodação superior, por livre e espontânea vontade, deverá este negociar o pagamento das diferenças dos valores cobrados diretamente com o Hospital, ficando a licitante vencedora livre de qualquer responsabilidade;

4.3.) A Contratada deverá assegurar a cobertura até a alta hospitalar autorizada pelo médico assistente, caso exista beneficiário internado e o Contrato venha a ser rescindido; em caso da não renovação do Contrato por vontade da contratada, a mesma se responsabilizará pela cobertura dos beneficiários internados e/ou até que o Município, através da Administração Direta ou Indireta contrate novo prestador de serviços de saúde, período limitado de até 60 (sessenta) dias;

4.4.) Quando da utilização da rede credenciada, os beneficiários serão atendidos mediante a apresentação da carteira de identificação a ser fornecida gratuitamente na sua primeira via pela Contratada a cada um dos titulares e dependentes juntamente com documento de identidade ou outro equivalente.

4.5.) Após a assinatura do Contrato, o Município de Uberlândia, através da Administração Direta e Indireta disponibilizará à Licitante Vencedora pontos estratégicos em diversos lugares de cada Órgão, para inscrições dos servidores interessados em aderir ao Plano de Saúde. A Contratada deverá, em **até trinta dias corridos a contar da adesão dos beneficiários**, entregar a cada um dos beneficiários com intermediação do Município, a carteira de identificação e, para os titulares, um “Manual do Usuário” atualizado. A relação de toda a sua rede credenciada deverá ser disponibilizada na Internet;

4.6.) A Contratada fica obrigada a emitir a carteira de identificação para os beneficiários inscritos ou confecção da 2ª via, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, observando o disposto neste Termo e no Edital;





4.7.) A Contratada manterá no mínimo uma rede, composta pelos médicos, laboratórios, clínicas, hospitais e demais profissionais discriminados no "Manual do Usuário" em todas as especialidades médicas e não médicas existentes e apontadas nas resoluções da ANS na cidade de Uberlândia. Para a rede credenciada fora de Uberlândia faz-se obrigatório a disponibilização dos profissionais credenciados na web.

4.8.) Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços credenciados próprios, contratados ou credenciados pela Contratada, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

4.8.1.) Se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

4.8.2.) Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

4.8.3.) Recibos de pagamento dos honorários médicos;

4.8.4.) Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

4.8.5.) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

4.9.) Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de **doze meses**, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso conforme tabela praticada pela operadora.

4.10.) Para o atendimento nos casos de urgência e emergência fora do município de Uberlândia, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, poderá haver subcontratação dos serviços.

4.11.) Caso haja alteração na estrutura da rede credenciada, deverão ser observados os dispositivos contidos nos artigos 17 e 18 da Lei Federal n.º 9.656/98 e suas alterações, obrigando-se a Licitante Vencedora a enviar, incontinenti, para a Administração direta e indireta do Município de Uberlândia, relação contendo as modificações havidas.

4.12.) Para utilizar os serviços cobertos pelo Plano de Saúde de que trata este Anexo, os beneficiários do Plano Rede Ampla poderão se dirigir diretamente à rede credenciada pela Contratada, apresentando a carteira de identificação por ela fornecida e documento de identidade ou outro equivalente, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais definidos neste Termo de Referência. A autorização para a realização dos procedimentos descritos poderá ser fornecida por e-mail, fac-símile ou outro meio eletrônico equivalente, no prazo máximo de 10 dias úteis de sua



solicitação, ou 21 dias úteis para realizar cirurgias eletivas e exames de alta complexidade e, ou imediato a **fim de preservar a vida**, quando **caracterizada a urgência ou emergência**, de modo a não causar transtornos aos beneficiários.

4.13.) Nas internações de urgência e/ou emergência, o beneficiário escolherá o hospital credenciado de sua preferência e deverá, no primeiro dia útil subsequente, solicitar a “Guia de Internação”.

4.14.) A Contratada se compromete a envidar esforços para fazer integrar à sua rede credenciada, profissionais e entidades que o Município de Uberlândia, através da Administração Direta e indicar.

4.15.) Independentemente do encaminhamento mensal de rotina dos relatórios estatísticos gerenciais pela Contratada, na forma contratualmente prevista, o Município de Uberlândia, através da Administração Direta e Indireta poderá solicitar o referido documento a qualquer tempo, mediante justificativa fundamentada. Estes relatórios são de fundamental importância, pois nortearão as ações de promoção e prevenção à saúde desenvolvida pelo Município em favor de seu pessoal.

5. DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. SÃO BENEFICIÁRIOS TITULARES:

5.1.1.) Os Servidores Públicos ativos ocupantes de cargos de Provimento Efetivo ou Comissionado e os Contratados por Tempo Determinado;

5.1.2.) Os Empregados públicos municipais;

5.1.3.) Os aposentados (vinculados ao IPREMU);

5.1.4.) Pensionistas (vinculados ao IPREMU);

5.1.5.) Agentes Políticos.

5.2. SÃO BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

5.2.1) O cônjuge, o companheiro ou companheira em união estável; o companheiro ou companheira em união homo afetiva; os filhos e enteados, solteiros, até completarem 21 (vinte e um) anos de idade, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso técnico ou superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação; o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial.

5.3.) Caberá a contratada realizar a inscrição/adesão e exclusão dos beneficiários, através de ficha de inscrição disponibilizada pela contratante, cabendo a esta última encaminhar a relação de titulares que encerraram seu vínculo com o município no mês anterior.





5.4.) Fica a Contratada responsável por encaminhar mensalmente a relação de beneficiários incluídos por adesão, por meio de sistema eletrônico e de acordo com a data de corte estabelecida pelo município, para que seja decotada a parcela devida na folha de pagamento do titular.

5.4.1.) As exclusões do Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

5.4.1.1.) Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;

5.4.1.2.) Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

5.4.1.3.) Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;

5.4.1.4.) Licença/afastamento sem remuneração quando o servidor não manifestar interesse em permanecer pagando as despesas necessárias;

5.4.1.5.) Decisão administrativa ou judicial;

5.4.1.6.) Outras situações previstas em Lei.

5.4.1.7.) A exclusão voluntária do plano somente poderá ocorrer após decorridos 12 (doze) meses de permanência no plano, a contar da data de adesão, salvo o previsto nos itens 5.4.1.1 a 5.4.1.6. Neste caso o beneficiário somente poderá retornar ao Plano sob cumprimento das carências previstas na legislação pertinente para usuários de Planos de Assistências à Saúde e cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes conforme legislação da ANS.

5.5.) No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o usuário titular poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente desde o primeiro dia de afastamento, durante o período da licença, o respectivo custeio das mensalidades, efetuando o pagamento através de boleto bancário gerado pela operadora, bem como as demais despesas, cuja responsabilidade de cobrança, pagamento ou negociação serão exclusivamente da contratada e do beneficiário no que couber a cada parte.

5.6.) Ressalvadas as situações previstas no subitem 5.4.1 a exclusão do usuário dar-se-á, também por fraude ou inadimplência.

5.7.) Aos beneficiários incluídos posteriormente no plano serão asseguradas as mesmas condições e preços vigentes à época da inclusão, respeitadas as condições estabelecidas no item 6.4. no que diz respeito a carências.

5.8.) As faixas etárias, e os quantitativos potenciais, a seguir explicitados, refletem a situação atual do quadro de servidores do Município de Uberlândia não significando total adesão ao Plano de Saúde nem a sua permanência nele.

5.9 BENEFICIÁRIOS ESTIMADOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA:





5.9.1 – Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA SERVIDOR	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	10	0,32	7	0,08	17	0,14
De 19 a 23 anos	150	4,82	278	3,13	428	3,57
De 24 a 28 anos	250	8,04	646	7,27	896	7,47
De 29 a 33 anos	303	9,75	906	10,19	1.209	10,08
De 34 a 38 anos	335	10,78	1.014	11,41	1.349	11,24
De 39 a 43 anos	421	13,54	1.349	15,18	1.770	14,75
De 44 a 48 anos	463	14,89	1.781	20,04	2.244	18,70
De 49 a 53 anos	468	15,05	1.548	17,41	2.016	16,80
De 54 a 58 anos	357	11,48	913	10,27	1.270	10,59
De 59 anos ou mais	352	11,32	447	5,03	799	6,66
TOTAL	3.109	100,00	8.889	100,00	11.998	100,00

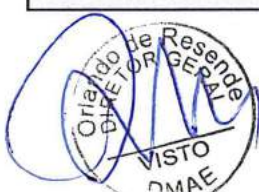
5.9.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	3.825	49,69	3.609	48,47	7.434	49,09
De 19 a 23 anos	1.356	17,62	1.306	17,54	2.662	17,58
De 24 a 28 anos	1.235	16,05	1.188	15,95	2.423	16,00
De 29 a 33 anos	199	2,59	243	3,26	442	2,92
De 34 a 38 anos	70	0,91	122	1,64	192	1,27
De 39 a 43 anos	135	1,75	145	1,95	280	1,85
De 44 a 48 anos	240	3,12	186	2,50	426	2,81
De 49 a 53 anos	265	3,44	209	2,81	474	3,13
De 54 a 58 anos	164	2,13	154	2,07	318	2,10
De 59 anos ou mais	208	2,70	284	3,81	492	3,25
TOTAL	7.697	100,00	7.446	100,00	15.143	100,00

5.10 - DMAE – DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO

5.10.1 – Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
--------------	-----------	----------	-------



SERVIDOR	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 19 a 23 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 24 a 28 anos	15	2,46	03	2,75	18	2,50
De 29 a 33 anos	57	9,34	18	16,51	75	10,43
De 34 a 38 anos	64	10,49	23	21,10	87	12,10
De 39 a 43 anos	100	16,39	18	16,51	118	16,41
De 44 a 48 anos	103	16,89	13	11,93	116	16,13
De 49 a 53 anos	109	17,87	14	12,84	123	17,11
De 54 a 58 anos	83	13,61	14	12,84	97	13,49
De 59 anos ou mais	79	12,95	06	5,50	85	11,82
TOTAL	610	100,00	109	100,00	719	100,00

5.10.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	281	48,62	246	28,08	527	36,24
De 19 a 23 anos	103	17,82	118	13,47	221	15,20
De 24 a 28 anos	94	16,26	100	11,42	194	13,34
De 29 a 33 anos	63	10,90	86	9,82	149	10,25
De 34 a 38 anos	23	3,98	58	6,62	81	5,57
De 39 a 43 anos	08	1,38	49	5,59	57	3,92
De 44 a 48 anos	01	0,17	61	6,96	62	4,26
De 49 a 53 anos	01	0,17	65	7,42	66	4,54
De 54 a 58 anos	01	0,17	45	5,14	46	3,16
De 59 anos ou mais	03	0,52	48	5,48	51	3,51
TOTAL	578	100,00	876	100,00	1454	100,00

5.11 - EMAM – Empresa Municipal de Apoio e Manutenção

5.11.1 – Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL

Orlando de Resende
DIRETOR GERAL
VISTO
DMAE

Procedimento de Oliveira
DIRETOR PRESIDENTE
PRODAUB

Uberlândense do Turismo, Esporte e Lazer
Diretor
VISTO

Arquidocência de Excelência Rural de Uberlândia
Diretor Geral
VISTO

Liliane Machado de Sá
Secretaria Municipal de Administração
S.M.A.



SERVIDOR	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 19 a 23 anos	00	0,00	01	50,00	01	12,50
De 24 a 28 anos	02	33,33	00	0,00	02	25,00
De 29 a 33 anos	00	0,00	01	50,00	01	12,50
De 34 a 38 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 39 a 43 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 44 a 48 anos	02	33,33	00	0,00	02	25,00
De 49 a 53 anos	02	33,33	00	0,00	02	25,00
De 54 a 58 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 59 anos ou mais	00	0,00	00	0,00	00	0,00
TOTAL	06	100,00	02	100,00	08	100,00

5.11.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	04	100,00	01	25,00	05	62,50
De 19 a 23 anos	00	0,00	01	25,00	01	12,50
De 24 a 28 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 29 a 33 anos	00	0,00	01	25,00	01	12,50
De 34 a 38 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 39 a 43 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 44 a 48 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 49 a 53 anos	00	0,00	01	25,00	01	12,50
De 54 a 58 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 59 anos ou mais	00	0,00	00	0,00	00	0,00
TOTAL	04	100,00	04	100,00	08	100,00

5.12 - FUTEL – Fundação Uberlandense de Turismo, Esporte e Lazer

5.12.1 – Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
--------------	-----------	----------	-------



SERVIDOR	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 19 a 23 anos	05	4,00	02	3,00	07	4,00
De 24 a 28 anos	12	9,00	12	21,00	24	13,00
De 29 a 33 anos	22	17,00	10	17,00	32	17,00
De 34 a 38 anos	17	13,00	07	12,00	24	13,00
De 39 a 43 anos	19	15,00	07	12,00	26	14,00
De 44 a 48 anos	20	16,00	07	12,00	27	15,00
De 49 a 53 anos	19	15,00	09	16,00	28	15,00
De 54 a 58 anos	13	10,00	02	3,00	15	8,00
De 59 anos ou mais	00	0,00	02	3,00	02	1,00
TOTAL	127	100,00	58	100,00	185	100,00

5.12.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	45	36,00	60	46,87	105	41,33
De 19 a 23 anos	12	9,52	21	16,40	33	13,00
De 24 a 28 anos	20	16,00	12	9,37	32	13,00
De 29 a 33 anos	14	11,00	10	7,81	24	9,00
De 34 a 38 anos	06	5,00	05	3,90	11	4,00
De 39 a 43 anos	03	2,38	06	4,68	09	4,00
De 44 a 48 anos	11	9,00	03	2,00	14	6,00
De 49 a 53 anos	11	9,00	05	4,00	16	6,00
De 54 a 58 anos	02	1,58	02	2,00	04	2,00
De 59 anos ou mais	02	1,58	04	3,00	06	2,00
TOTAL	126	100,00	128	100,00	254	100,00

5.13 - IPREMU – Instituto de Previdência Municipal de Uberlândia

5.13.1 Servidores Ativos:

5.13.1.1 – Beneficiários Titulares



FAIXA ETÁRIA SERVIDOR	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 19 a 23 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 24 a 28 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 29 a 33 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 34 a 38 anos	03	30,00	03	16,67	06	21,43
De 39 a 43 anos	03	30,00	04	22,22	07	25,00
De 44 a 48 anos	00	0,00	02	11,11	02	7,14
De 49 a 53 anos	01	10,00	03	16,67	04	14,29
De 54 a 58 anos	02	20,00	01	5,56	03	10,71
De 59 anos ou mais	01	10,00	05	27,78	06	21,43
TOTAL	10	100,00	18	100,00	28	100,00

5.13.1.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	05	50,00	12	50,00	17	50,00
De 19 a 23 anos	01	10,00	03	12,50	04	11,76
De 24 a 28 anos	00	0,00	01	4,17	01	2,94
De 29 a 33 anos	00	0,00	01	4,17	01	2,94
De 34 a 38 anos	00	0,00	02	8,33	02	5,88
De 39 a 43 anos	02	20,00	01	4,17	03	8,82
De 44 a 48 anos	01	10,00	02	8,33	03	8,82
De 49 a 53 anos	00	0,00	01	4,17	01	2,94
De 54 a 58 anos	00	0,00	01	4,17	01	2,94
De 59 anos ou mais	01	10,00	00	0,00	01	2,94
TOTAL	10	100,00	24	100,00	34	100,00

5.13.2 – Beneficiários Inativos (estimativa)

5.13.2.1 - Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
--------------	-----------	----------	-------



DIRETORIA DE CONTABILIDADE
90
P.M.U.

SERVIDOR	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	48	6,15	44	2,79	92	3,90
De 19 a 23 anos	01	0,13	02	0,13	03	0,13
De 24 a 28 anos	02	0,26	01	0,06	03	0,13
De 29 a 33 anos	04	0,51	06	0,38	10	0,42
De 34 a 38 anos	04	0,51	15	0,95	19	0,81
De 39 a 43 anos	12	1,54	31	1,97	43	1,82
De 44 a 48 anos	34	4,35	50	3,17	84	3,56
De 49 a 53 anos	39	4,99	150	9,52	189	8,02
De 54 a 58 anos	59	7,55	279	17,70	338	14,34
De 59 anos ou mais	578	74,01	998	63,32	1.576	66,86
TOTAL	781	100,00	1.576	100,00	2.357	100,00

5.13.2.2 - Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	32	9,50	25	6,02	57	7,58
De 19 a 23 anos	28	8,31	32	7,71	60	7,98
De 24 a 28 anos	102	30,27	260	62,65	362	48,14
De 29 a 33 anos	52	15,43	29	6,99	81	10,77
De 34 a 38 anos	06	1,78	14	3,37	20	2,66
De 39 a 43 anos	01	0,30	05	1,20	06	0,80
De 44 a 48 anos	01	0,30	07	1,69	08	1,06
De 49 a 53 anos	01	0,30	07	1,69	08	1,06
De 54 a 58 anos	00	0,00	16	3,86	16	2,13
De 59 anos ou mais	114	33,83	20	4,82	134	17,82
TOTAL	337	100,00	415	100,00	752	100,00

5.14 - PRODAUB – Processamento de Dados de Uberlândia

5.14.1 – Beneficiários Titulares

FAIXA ETÁRIA SERVIDOR	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%

instituto de
VISTO
S. Paulo

DELRUIDES FERREIRA
Diretor Executivo

Orlando de Resende
Diretor Geral
VISTO
CMAE

Cláudio Soares de Oliveira
Diretor Presidente
PRODAUB

Uberlândense do Tênis
Esporte e Lazer
VISTO

Excelência
Diretor Geral
VISTO

Liliane Machado de Sá
Secretaria Municipal de Assistência Social
S.M.A.



De 0 a 18 anos	00	0,00	00	0,00	00	0,00
De 19 a 23 anos	01	5,56	00	0,00	01	4,55
De 24 a 28 anos	01	5,56	00	0,00	01	4,55
De 29 a 33 anos	05	27,78	02	50,00	07	31,82
De 34 a 38 anos	01	5,56	00	0,00	01	4,55
De 39 a 43 anos	01	5,56	00	0,00	01	4,55
De 44 a 48 anos	03	16,67	00	0,00	03	13,64
De 49 a 53 anos	02	11,11	01	25,00	03	13,64
De 54 a 58 anos	03	16,67	00	0,00	03	13,64
De 59 anos ou mais	01	5,56	01	25,00	02	9,09
TOTAL	18	100,00	04	100,00	22	100,00

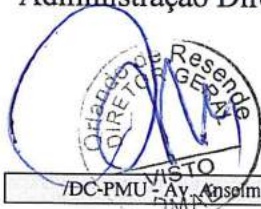
5.14.2 – Beneficiários Dependentes (estimativa)

FAIXA ETÁRIA DEPENDENTES	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 18 anos	05	50,00	11	47,83	16	48,48
De 19 a 23 anos	03	30,00	02	8,70	05	15,15
De 24 a 28 anos	01	10,00	02	8,70	03	9,09
De 29 a 33 anos	00	0,00	01	4,35	01	3,03
De 34 a 38 anos	00	0,00	01	4,35	01	3,03
De 39 a 43 anos	00	0,00	01	4,35	01	3,03
De 44 a 48 anos	00	0,00	02	8,70	02	6,06
De 49 a 53 anos	00	0,00	02	8,70	02	6,06
De 54 a 58 anos	01	10,00	00	0,00	01	3,03
De 59 anos ou mais	00	0,00	01	4,35	01	3,03
TOTAL	10	100,00	23	100,00	33	100,00

6. DA CARÊNCIA

7.

6.1.) A **Contratada** não poderá impor limitações de idade em qualquer situação ou circunstância relativa aos beneficiários titulares. Não poderá ainda impor cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes bem como quaisquer carências para os beneficiários descritos no item 5 deste **Termo de Referência** que fizerem adesão ao plano no período de **30 (trinta)** dias da data do início do contrato e cujos nomes e qualificação constarão das relações iniciais e posteriores a serem encaminhadas pelo Município, através da Administração Direta e Indireta à licitante-vencedora.





6.2.) A Contratada se obriga a admitir sem qualquer carência, agravo ou cobertura parcial ou temporária, todos os beneficiários (respeitadas as qualificações definidas nesta licitação para titulares e dependentes) do plano de assistência médica que esteja em vigor, inscritos até a data de publicação do Edital, bem como se responsabiliza pelos tratamentos e internações em andamento a partir da data de início do contrato **desde que façam sua Adesão em até 30 dias da assinatura do contrato.**

6.3.) A Contratada se obriga também a admitir sem qualquer carência, agravo ou cobertura parcial ou temporária, todos os beneficiários posteriormente inscritos, em razão de: admissão nos Quadros de Pessoal do Município de Uberlândia; retorno de licença sem remuneração e outros afastamentos previstos em Lei, nascimentos, casamentos e outras situações previstas em lei; respeitado o limite de 30 (trinta) dias subsequentes à data do fato novo, observados os termos do item 6.4.

6.4.) Excedido o prazo indicado no item anterior, poderá haver carência 6/98 e em Resoluções d e cobertura parcial temporária, porém esta não superará o prazo previsto na lei Federal 9.65a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

6.5.) Não poderá haver antecipação das contribuições mensais com o intuito de abreviar os prazos das carências, quando cabíveis.

6.6.) O titular poderá migrar de plano na data base contratual (mês de assinatura do contrato) devendo permanecer por doze meses no novo plano.

7. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

7.1.) - O prazo de vigência dos Contratos será contado a partir da assinatura do contrato até 31 de dezembro de 2016, **prorrogável**, de acordo com o disposto no inciso II do artigo 57 da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, por se tratar de serviços a serem executados de forma contínua.

8. DO SERVIÇO DE DESOSPITALIZAÇÃO – HOME CARE

8.1.) A licitante vencedora, somente em casos de internação hospitalar e desde que tenha indicação médica, poderá oferecer o atendimento domiciliar.

8.2.) Desde que indicado o atendimento ao paciente, a licitante vencedora deverá disponibilizar os recursos de que o beneficiário teria no ambiente hospitalar e sem custos;

8.3.) Critério para que o beneficiário tenha o atendimento domiciliar:

8.3.1.) Residir na área urbana de Uberlândia;

8.3.2.) Ter a solicitação de atendimento pelo médico titular através de plano terapêutico;



8.3.3.) Ter o consentimento do beneficiário paciente e da família;

8.3.4.) Avaliação por parte da licitante vencedora de que o domicílio do beneficiário esteja em condições adequadas de higiene, saneamento e livre de fatores de risco;

8.4.) Neste caso, a licitante vencedora será responsável por:

8.4.1.) Fornecer as orientações adequadas à família quanto à higiene, alimentação e demais procedimentos necessários ao tratamento;

8.4.2.) Identificar e preparar o cuidador, quando necessário;

8.4.3.) Disponibilizar retaguarda médico-hospitalar e equipe multiprofissional;

8.4.4.) Fornecer os medicamentos, materiais e equipamentos necessários ao tratamento e sem custos aos beneficiários;

8.5.) Os tratamentos domiciliares deverão ser disponibilizados sempre que o médico assistente entenda ser fundamental para a melhor recuperação do beneficiário paciente, desconsiderando, portanto, apenas o interesse da redução de custos da licitante vencedora com o tratamento necessário, podendo proporcionar os seguintes;

8.5.1.) **Terapia Endovenosa:** destinada a pacientes com diagnóstico definido, que necessitam de tratamento com medicação endovenosa por tempo definido pelo médico titular. A equipe multidisciplinar realiza as visitas de acordo com a necessidade do paciente. Nesta modalidade, a licitante vencedora fornece os medicamentos, materiais e equipamentos necessários ao tratamento do paciente;

8.5.2.) **Acompanhamento Domiciliar:** destinado a pacientes, que embora não tenham indicação de internação hospitalar, com doenças crônicas e degenerativas, que necessitam de orientações e cuidados de enfermagem, tais como: curativos, dieta enteral, mudança de decúbito, higiene, troca de bolsa de colostomia, cuidados com traqueostomia, etc. Neste tipo de atendimento domiciliar, todos os medicamentos, materiais e equipamentos são de responsabilidade da família;

8.5.3.) **Monitoramento:** destinado a pacientes provenientes do **Acompanhamento Domiciliar**, com doenças crônicas e degenerativas, que estejam clinicamente estáveis e o cuidador apto a realizar os cuidados. Nesta modalidade a equipe da licitante vencedora monitora o paciente, prevenindo agudizações. O cuidador é orientado a entrar em contato com a equipe, em casos de dúvidas e intercorrências;

8.5.4.) **Fisioterapia:** destinada ao atendimento de pacientes com sequelas, acamados e em condições de locomoção.

8.6.) A **Equipe Multidisciplinar** estruturada pela licitante vencedora para o Serviço de Atendimento Domiciliar deverá compreender:



- 

praticada com os prestadores, para **exames, terapias e procedimentos ambulatoriais**, até o limite de **R\$ 32,00 (trinta e dois reais)** por procedimento.



9.3.1.) Os valores de coparticipação não serão objeto de julgamento devendo todos os participantes contemplar os respectivos valores já estabelecidos para fins de cálculo do preço final.

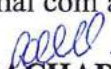
9.3.2.) Será assegurado à contratada, a título de coparticipação, cobrar R\$32,00 (trinta e dois reais) por pacote de procedimentos de radioterapia, ficando vedada a cobrança por aplicação.

9.4.) Os preços de mensalidade e coparticipação poderão ser reajustados, observado o interregno mínimo de um ano, nos termos estabelecidos pela ANS e a Lei geral de Licitações (Lei n. 8666/93). Com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, a CONTRATADA poderá solicitar revisão de valores baseada no índice de sinistralidade apresentado em cada plano ou pelo resultado global.

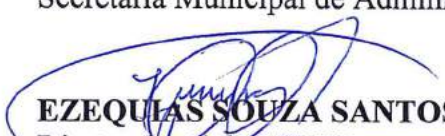
9.5.) Não será permitida cobrança de franquia, coparticipação ou quaisquer taxas nos casos de **Internação Hospitalar**, salvo os casos de transtornos psiquiátricos conforme previsto na legislação e neste Termo de Referência.

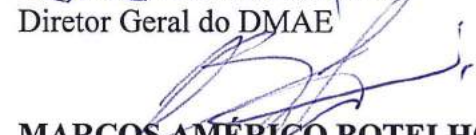
9.6.) Em nenhuma hipótese será permitida a cobrança diretamente aos beneficiários, por parte de médicos, prestadores e seus representantes credenciados da Operadora, referente à cobertura dos serviços contratados junto à Operadora.

9.7.) Caso haja qualquer tentativa de cobrança conforme item 9.6, o beneficiário deverá consultar previamente a licitante vencedora, a fim de obter a confirmação ou não da procedência do pagamento ao prestador. Se confirmado, estará garantido o direito de **reembolso integral** por parte da licitante vencedora, mediante apresentação de nota fiscal ou recibo original com a discriminação do(s) serviço(s) prestado(s);

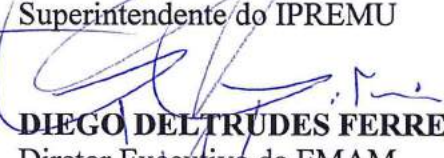

LILIAN MACHADO DE SÁ
Secretária Municipal de Administração

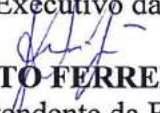

ORLANDO DE RESENDE
Diretor Geral do DMAE


EZEQUIAS SOUZA SANTOS
Diretor Geral da FUTEL


MARCOS AMÉRICO BOTELHO
Superintendente do IPREMU


PLACIDINO STÁBILE DE OLIVEIRA
Diretor Presidente da PRODAUB


DIEGO DELTRUDES FERREIRA
Diretor Executivo da EMAM


ANICETO FERREIRA DOS SANTOS
Superintendente da FERUB