

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

1 OBJETO, TIPOS DE PLANO E BENEFICIÁRIOS:

1.1 Contratação de Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo, tendo como objetivo a prestação de assistência médica hospitalar, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, e plano Odontológico na modalidade coletivo empresarial, aos beneficiários regularmente inscritos pelo Sesc Minas, pelo prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis por até, no máximo 60 (sessenta) meses, em conformidade com os dispositivos da Lei 9.656/98, e com as Resoluções Normativas da ANS nº259/268 e nº387 e outras que advirem na vigência do contrato.

1.2 A contratada deverá ser uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde, com Plano de Assistência Médica e Plano Odontológico Coletivo: pessoa jurídica constituída sob modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que possua registro na Agência Nacional de Saúde, ainda que de forma provisória, com situação cadastral ativa, comprovada por meio de “Comprovação de Situação Cadastral”.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 A contratação visa proporcionar assistência médica complementar aos funcionários do Sesc Minas ativos e inativos e respectivos dependentes, através de plano de saúde coletivo com atendimento mínimo em nível estadual em todas as localidades onde o Sesc Minas possui unidade, conforme **anexo I** deste termo, tendo atendimento em nível nacional para urgência e emergência.

- 2.2** A contratação de plano com atendimento de rede credenciada em nível mínimo estadual justifica-se devido aos vários projetos existentes e executados através das unidades fixas e itinerantes do Sesc que circulam por todo território Mineiro.
- 2.3** O serviço de assistência complementar em saúde é oferecido a todas as “vidas” dos funcionários do Sesc Minas ativos, inativos e dependentes, e visam proporcionar tranquilidade, segurança e garantia de atendimento em caso de fragilidade da saúde dos colaboradores e suas famílias.
- 2.4** O Sesc busca com esta contratação, assegurar a continuidade dos serviços de Assistência médico – Hospitalar, Ambulatorial e Odontológica atualmente existente.
- 2.5** A Contratação em tela está em consonância com o planejamento Estratégico Orçamentário de 2022 do Sesc Minas.

3 TIPOS DE PLANO

- 3.1** Plano de Assistência Médica Coletivo com assistência médica, hospitalar obstetrícia, ambulatorial e laboratorial, com cobrança de coparticipação em consultas, exames terapias, procedimentos e internações na modalidade coletivo empresarial, em conformidade com o disposto na lei 9.656/98, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente a época do evento, sem carência e taxa de inclusão. Com atendimento mínimo em nível estadual em todas as localidades onde o Sesc Minas possui unidade e onde venha possuir unidade, na modalidade enfermagem e apartamento, para atender ao quadro de funcionários ativos e inativos, bem como seus dependentes.
- 3.2** Plano Odontológico Coletivo Empresarial com assistência odontológica, sem limite de idade, sem taxa de inscrição e coparticipação, para atender ao quadro de funcionários ativos bem como seus dependentes, em conformidade com o

disposto na lei 9.656/98, conforme Rol de Procedimento e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente a época do evento. Com atendimento mínimo em nível estadual em todas as localidades onde o Sesc Minas possui unidade e onde venha a possuir unidade.

4 BENEFICIÁRIOS:

4.1 Funcionários ativos e inativos da Contratante que aderirem ao Plano de Saúde e Odontológico, bem como seus respectivos dependentes legais conforme abaixo relacionado:

- 4.1.1** Cônjuge ou companheiro (a) em união estável, na forma da lei civil, devidamente comprovada;
- 4.1.2** Companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável.
- 4.1.3** Filhos inválidos, de qualquer idade, desde que comprovada a deficiência;
- 4.1.4** Filhos solteiros menores de 18 anos não emancipados,
- 4.1.5** Filhos solteiros até 24 anos, que estejam cursando nível superior, comprovada a dependência;
- 4.1.6** Curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular;

4.2 Atualmente temos um quadro de cerca de 3769 beneficiários pertencentes ao plano de funcionários ativos no plano de saúde, sendo 1752 titulares e 2017 dependentes, e 234 beneficiários pertencentes ao plano de funcionários inativos (ex-funcionários), sendo 132 titulares e 102 dependentes, no plano odontológico atualmente temos 2055 beneficiários 1229 titulares e 826 dependentes ativos, sendo distribuídos na faixa etária conforme detalhado nas tabelas:

4.2.1 Beneficiários pertencentes ao plano atual de saúde de funcionários ativos divididos por tipo de plano, faixa etária e por sexo:

EMPREGADOS E DEPENDENTES ATIVOS NO PLANO POR MODALIDADE, POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO										
FAIXA ETÁRIA	TIPO DE PLANO		TITULARES				DEPENDENTES			
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	MASC. ENF.	FEM. ENF.	MASC. APART.	FEM. APART.	MASC. ENF.	FEM. ENF.	MASC. APART.	FEM. APART.
00 - 18	834	289	18	35	0	0	377	404	152	137
19 - 23	109	77	23	51	0	3	35	46	14	14
24 - 28	172	44	58	74	11	19	11	29	6	8
29 - 33	390	140	117	174	35	60	37	62	21	24
34 - 38	406	223	111	149	45	102	76	70	44	32
39 - 43	335	155	96	123	35	60	63	53	32	28
44 - 48	219	70	57	69	18	25	53	40	17	10
49 - 53	118	42	42	39	17	11	20	17	12	2
54 - 58	64	22	21	19	3	9	16	8	6	4
59 - 999	38	22	7	9	4	3	17	5	10	5
Total	2685	1084	550	742	168	292	705	734	314	264

4.2.2 Distribuição de funcionários pertencentes ao plano atual de saúde de funcionários ativos por localidade:

CIDADE	TITULAR	DEPENDENTES
Almenara	27	46
Araxá	100	75
Belo Horizonte	915	832
Contagem	149	212
Governador Valadares	56	68
São João da Barra	7	16
Juiz de Fora	54	75
Lavras	22	35
Montes Claros	83	78
Ouro Preto	57	87
Paracatu	26	59
Patos de Minas	15	35
Poços de Caldas	60	93
Pouso Alegre	26	43
Santa Luzia	30	67
Sete Lagoas	31	49
Uberaba	36	68

Uberlândia	58	79
TOTAL	1752	2017

4.2.3 Beneficiários pertencentes ao plano atual de saúde de funcionários inativos (ex-funcionários) divididos por tipo de plano, faixa etária e por sexo:

EMPREGADOS E DEPENDENTES CORTEX NO PLANO POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO								
FAIXA ETÁRIA	TITULAR		DEPENDENTES			TOTAL		
	MASC. APART.	FEM. APART.	FEM. APART.	MASC. APART.	FEM. APART.	MASC. APART.	TITULAR	DEPENDENTE
00 - 18			16	14	16	14	0	30
19 - 23				1	0	1	0	1
24 - 28			1	3	1	3	0	4
29 - 33	5	4	6	1	10	6	9	7
34 - 38	6	9	11	2	20	8	15	13
39 - 43	3	4	4	4	8	7	7	8
44 - 48	3	4	2	3	6	6	7	5
49 - 53		4		2	4	2	4	2
54 - 58		2			2	0	2	0
59 - 999	33	55	19	13	74	46	88	32
Total					141	93	132	102

4.2.4 Distribuição de funcionários pertencentes ao plano atual de saúde de funcionários inativos (ex-funcionários) por localidade:

LOCALIDADE	
BELO HORIZONTE - MG	128
GOVERNADOR VALADARES - MG	17
CONTAGEM - MG	13
JUIZ DE FORA - MG	12
UBERLANDIA - MG	9
ARAXA - MG	6
TEOFILO OTONI - MG	6
POCOS DE CALDAS - MG	6
NOVA LIMA - MG	5
SETE LAGOAS - MG	4
BETIM - MG	4
LAGOA SANTA - MG	3
MURIAE - MG	3
SABARA - MG	3
UBERABA - MG	2
SAO MATEUS - ES	1
SAO CAETANO DO SUL - SP	1
OURO PRETO - MG	1
CARATINGA - MG	1
SAO JOAO DA BARRA - RJ	1
MONTES CLAROS - MG	1
SAO PAULO - SP	1
VICOSA - MG	1
ALMENARA - MG	1
PARACATU - MG	1
ESMERALDAS - MG	1
CLAUDIO - MG	1
BUTIA - RS	1
RIBEIRAO DAS NEVES - MG	1
Total Geral	234

4.2.5 Sendo que 2055 funcionários ativos e seus dependentes aderiram o plano odontológico atual, conforme tabela abaixo:

EMPREGADOS E DEPENDENTES ATIVOS NO PLANO POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO						
FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
00 - 18	0	0	178	203	178	203
19 - 23	4	4	23	18	27	22
24 - 28	33	48	6	11	39	59
29 - 33	107	161	28	49	135	210
34 - 38	124	194	49	59	173	253
39 - 43	107	153	39	44	146	197
44 - 48	76	61	35	27	111	88
49 - 53	44	45	18	11	62	56
54 - 58	23	25	9	8	32	33
59 - 999	9	11	2	9	11	20
Total	527	702	387	439	914	1141

4.2.6 Sendo distribuídos nas localidades abaixo:

CIDADE	TITULAR	DEPENDENTES
Belo Horizonte	243	187
Contagem	193	120
Hotel Sesc Ouro Preto	59	45
Hotel Sesc Poços de Caldas	76	67
Hotel Sesc Venda Nova	102	73
Sesc Almenara	22	14
Sesc Araxá	133	75
Sesc Governador Valadares	67	42
Sesc Grussaí	7	10
Sesc Juiz De Fora	43	26
Sesc Lavras	10	5
Sesc Montes Claros	88	48
Sesc Patos de Minas	9	5
Sesc Poços de Caldas	37	32
Sesc Pouso Alegre	17	10
Sesc Santa Luzia	27	18
Sesc Sete Lagoas	23	12
Sesc Uberaba	39	25
Sesc Uberlândia	34	12

4.3 A adesão dos beneficiários é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de assistência à saúde e odontológica, igualmente não se responsabilizando o Sesc Minas pelo número de beneficiários que venha a aderir ao contrato;

4.4 O número de beneficiários informado poderá variar ao longo do contrato, pelas adesões e exclusões que possam ocorrer e também pela variação do número de colaboradores da instituição;

4.5 A Contratada não poderá excluir dependentes que já estejam vinculados ao atual Plano do Sesc Minas, mesmo que deixem de atender aos requisitos do subitem 4.1 a 4.1.6;

5 ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1 Prestação de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial, laboratorial e Odontológica para todos os funcionários ativos e inativos, bem como seus respectivos dependentes, com atendimento mínimo em nível estadual em todas as localidades onde o Sesc Minas possui unidade, bem como atendimento de urgência e emergência em nível Nacional para os beneficiários; em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Odontologia, e demais órgãos fiscalizadores do exercício profissional, que estejam previstas neste Termo de Referência, e qualquer procedimento clínico e cirúrgico com os respectivos exames complementares de diagnóstico necessários para o pleno desempenho das especialidades, conforme normas da ANS – Agência Nacional de Saúde e rol de procedimento vigente na época do evento.

5.2 O Plano Privado de Assistência à Saúde e Odontológico contratado deverá estar de acordo com a Lei 9.656/98 e suas atualizações, com as Resoluções Normativas da ANS – Agência Nacional de Saúde, bem como as Resoluções do CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, devendo, também, abranger todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Odontologia.

5.3 Não poderá ser cobrada taxa de adesão para inclusão dos usuários ou para emissão de cartão de identificação, inclusive daqueles admitidos posteriormente à data da assinatura do contrato ou durante sua validade.

5.4 O plano de saúde ofertado também deverá prever:

5.4.1 Transporte Aeromédico intermunicipal ou interestadual de urgência, inter-hospitalar, em território nacional, disponibilizados 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, conforme solicitação do médico responsável;

5.4.2 Modalidade Apartamento e Enfermaria;

5.4.3 Mensalidades estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer um dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades deverão ser ajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário;

5.4.4 Cobrança de coparticipação em consultas, exames, terapias, procedimentos e internações relativo ao plano de saúde, sendo os valores abaixo os valores máximos a serem cobrados, conforme os seguintes eventos:

VALORES ESTIMADOS DE COPARTICIPAÇÃO		
PROCEDIMENTOS	ENFERMARIA	APARTAMENTO
Consultas Médicas	R\$ 23,90	R\$ 23,90
Consultas Em Pronto Atendimento	R\$ 37,48	R\$ 37,48
Exames/Procedimentos/Terapias Reduzidas	90% - Valor Máximo R\$ 8,77	90% - Valor Máximo R\$ 8,77
Exames/Procedimentos/Terapias Diferenciadas	90% - Valor Máximo R\$ 28,15	90% - Valor Máximo R\$ 28,15
Internação	R\$ 79,34	R\$ 185,50

6 FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1 Efetuar a prestação de assistência médica, hospitalar e obstetrícia, ambulatorial e laboratorial e Odontológica para os colaboradores do Sesc, com atendimento mínimo em nível estadual em todas as localidades onde o Sesc Minas possui unidade, bem como atendimento de urgência e emergência em nível Nacional para os beneficiários, de acordo com as condições e prazos propostos, sendo a cobertura de consultas médicas e odontológica em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e previstas no presente instrumento, incluindo atendimento de emergência 24 (vinte quatro horas), em todos os dias da semana;

- 6.2** A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria das Credenciadas e por terceiros por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas, laboratórios.
- 6.3** Garantir o acesso e o atendimento dos beneficiários aos serviços e procedimentos definidos na Lei nº9656/98, no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente e conforme as Resoluções Normativas nº338/2014 e nº387/2015 e outras que advirem na vigência do contrato;
- 6.4** Garantir, conforme normas da RN nº 279/2011 da ANS e legislação vigente na época do evento, que o aposentado ou ex-empregado, exonerado ou demitido sem justa causa, que contribua para o custeio do seu plano privado de Saúde, tenha o direito de manter, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas o plano de saúde, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e seja feita a opção de permanência no prazo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio;
- 6.5** Garantir que o plano seja extensivo, obrigatoriamente, ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
- 6.6** O período de manutenção pela operadora da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
- 6.7** A contratada deverá efetuar a remoção de pacientes, quando houver indicação médica, por via terrestre ou aérea, através de automóvel ou aeronave equipados adequadamente, conforme as demandas elencadas pelo médico assistente, incluindo Unidade de Terapia Intensiva – UTI terrestre ou aérea.

- 6.8** Os serviços e procedimentos solicitados pelo médico assistente devem ser atendidos respeitando prazos previstos na RN nº 259/2011 da ANS.
- 6.9** A CONTRATADA deverá manter uma central de atendimento telefônico com funcionamento de 24h por dia, 7 (sete) dias por semana, com pessoal habilitado a informar e orientar os beneficiários; todos os dias da semana. Os usuários de todas as unidades deverão ser atendidos pela central telefônica, com ligação 0800 e/ou chamada com custo local. As ligações realizadas pelo 0800 poderão ser via telefone fixo ou celular.
- 6.10** A operadora deve dispor de sistema informatizado para administração de dados cadastrais dos beneficiários, inclusive para inclusões, exclusões e manutenção dos beneficiários no plano, assim como o envio das informações do faturamento: NF, Boletão, e demais relatórios.
- 6.11** A operadora do plano de saúde deverá disponibilizar mensalmente aos usuários o extrato de utilização das despesas efetivadas, por grupo familiar, com a indicação do nome do procedimento, clínica, nome do médico, data, horário, seguido da exposição de cada um dos custos desses serviços, por um período mínimo de 12 meses, bem como informações virtuais de cadastros, despesas e marcação de consultas ao beneficiário para que o mesmo acesse através do site ou aplicativo.
- 6.12** Os Valores referentes ao fator de coparticipação da operadora de plano de saúde deverão ser informados pela contratada, que elaborará relatório descritivo, para fins de controle e serão descontados diretamente na folha de pagamento do usuário.
- 6.13** Disponibilizar em ambiente virtual guia médico/odontológico para cada beneficiário titular ou beneficiário dependente, específico da modalidade de plano a que pertença o beneficiário, constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, centros médicos, laboratórios,

institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares, conforme o domicílio do beneficiário, devendo o referido guia ser atualizado conforme ocorrência de alterações.

6.14 A Contratada será responsável pelo pagamento de todos os impostos, taxas, encargos, decorrentes das suas atividades.

6.15 A Contratante comunicará a Contratada toda exclusão de beneficiários, para que seja realizado o bloqueio do atendimento.

6.15.1 Qualquer ônus que advenha da utilização de beneficiários inativos no plano, ou no ato da utilização, é de responsabilidade da Contratada.

6.16 A Contratada deverá disponibilizar o cartão de identificação para cada beneficiário, o cartão de identificação deverá ser disponibilizado de maneira virtual no prazo de 24 horas após a inclusão e a carteirinha física deverá ser encaminhada até 15 (quinze) dias úteis da sua inscrição no cadastro, sendo o endereço de envio o local de trabalho do empregado.

6.17 No caso de perda, roubo ou extravio do cartão de identificação do usuário, será emitido novo cartão, sem ônus para o usuário e para a Contratante.

6.18 Não haverá exclusão por doença e lesões pré-existentes.

7 SUBCONTRATAÇÃO

7.1 A Contratada não poderá subcontratar o objeto desta licitação, salvo em caso de prévia autorização pelo Contratante, e desde que sua viabilidade e vantajosidade sejam demonstradas pela Contratada, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

7.2 Em sendo a subcontratação autorizada pelo Contratante, a responsabilidade da Contratada será mantida perante aquele.

8 REEMBOLSO

- 8.1** Nos casos de urgência e emergência dentro do território nacional, quando não seja comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, credenciados, cooperados ou referenciados, observado o disposto no art. 13 da Resolução Normativa ANS nº 387 de 28/10/2015, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso na CONTRATADA, mediante a apresentação de documento fiscal competente.
- 8.2** A referência para o reembolso deve ser o valor contratualizado com os prestadores de serviços contratados, referenciados, credenciados e cooperados de sua rede.
- 8.3** A CONTRATADA deverá fazer o ressarcimento dos procedimentos médicos realizados pelo beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da protocolização do pedido acompanhado dos documentos fiscais e outros, eleitos pela CONTRATADA como necessários ao atendimento do pleito de reembolso.

9 COBERTURAS

- 9.1** A prestação de serviços de saúde e odontológica deve garantir o descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em conformidade com a rede própria, credenciada, contratada, referenciada e/ou cooperada;
- 9.2** Cobertura de todos os serviços de apoio diagnóstico e tratamento bem como os demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico responsável.
- 9.3** Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.4** Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Anvisa, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de procedimentos editado pela ANS.

- 9.5** Cobertura de internações hospitalares em quarto individual com banheiro privativo e com direito a um acompanhante, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em todas as clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive procedimentos obstétricos.
- 9.6** Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
- 9.7** Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação nos casos de internação hospitalar.
- 9.8** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, (não podendo ser somente em clínicas e hospitais próprios da licitante, devendo a operadora possuir convênios com outras clínicas da Capital e Interior do Estado de Minas Gerais e do Estado do Rio de Janeiro), em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência;
- 9.9** Cobertura de outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 9.10** Cobertura de todos os exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, com fornecimento de medicamentos, próteses órteses, conforme solicitação médica, contrastes, anestésicos, oxigênio, transfusão, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, bem como remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar em território brasileiro, quando solicitado pelo médico assistente.

- 9.11** Cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, e da mulher no pré-parto e pós-parto;
- 9.12** A Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatoriamente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
- 9.12.1** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - 9.12.2** Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, “b”, da RN 167/2008);
 - 9.12.3** Radioterapia, todos os procedimentos listados no Rol de procedimentos e eventos em saúde vigente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - 9.12.4** Hemoterapia;
 - 9.12.5** Nutrição parenteral ou enteral;
 - 9.12.6** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - 9.12.7** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
 - 9.12.8** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - 9.12.9** Radiologia intervencionista;
 - 9.12.10** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - 9.12.11** Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. Bem como cirurgias plásticas reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimento e Eventos em saúde vigente à época do evento;

9.12.12 Cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, em caso de urgência e emergência, e também em casos eletivos, desde que encaminhadas e acompanhadas por médico assistente.

9.12.12.1 A cobertura referida neste item englobará toda a despesa hospitalar, inclusive com o anestesista e o médico assistente.

9.12.13 A cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimento e eventos em saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

9.12.14 A cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimento e eventos em saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

9.12.15 Cobertura de internações em hospital psiquiátrico e regime hospital dia, para portadores de transtornos psiquiátricos conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

9.12.16 A cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

9.12.17 Nos procedimentos obstétricos, deverá ser estendida a cobertura assistencial ao recém-nato, filho natural do usuário do plano ou seguro, como dependente, isento do cumprimento de períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) após nascimento ou adoção;

9.12.18 Cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto;

- 9.12.19** Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, incluindo despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
- 9.12.20** Em caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados, referenciados, cooperados ou credenciados pela Contratada, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a operadora deverá lhe garantir acesso em acomodação superior até que haja disponibilidade do leito conforme acomodação contratada, momento em que será providenciada a transferência às expensas da Contratada.
- 9.12.21** A indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviço pertencente à área de abrangência do plano de saúde e odontológico contratado serão tratadas conforme preconizam as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, mais especificamente a RN 259/2011 ou qualquer outra que a substituir.
- 9.13** O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para segmentação odontológica.
- 9.14** As coberturas não listadas aqui, não exime a Contratada de cumprir com todas as coberturas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento.

10 DAS GARANTIAS MÍNIMAS DE ATENDIMENTO

10.1 A LICITANTE VENCEDORA do plano de saúde deverá disponibilizar ou credenciar, na região de Belo Horizonte no mínimo:

- a)** Três hospitais maternidades;
- b)** Um hospital psiquiatra;

- c) Hospital que possua título de referência em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Nefrologia, Oncologia, Neurocirurgia, Pediatria, Ortopedia, reabilitação, que possua certificado de acreditação máxima conferido pela ONA, CBA, IQG e DNV.
- d) Um hospital Infantil;
- e) Um hospital referência em diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, que possua certificado de acreditação máxima conferido pela ONA, CBA, IQG e DNV;
- f) Quatro hospitais gerais com atendimento 24 horas.

10.2 Nas demais regiões onde o Sesc possui unidade, conforme anexo deste termo, caso a licitante não possua laboratório de análises clínicas em cada cidade, deverá ser instalado no mínimo um posto de coleta de materiais e entregas de resultados, com capacidade de atender aos usuários do Plano de assistência médica.

10.2.1 A LICITANTE VENCEDORA deverá disponibilizar expressamente em até 10 (dez) dias, após a assinatura do Termo de Contrato, no mínimo, 01 (uma) unidade de pronto-socorro e de atendimento de urgência, credenciada ou própria, nos Municípios onde o Sesc Minas possui unidade, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. O SESC Grussai deverá ter atendimento tanto no Município de São João da Barra – RJ que é distrito de Grussai quanto em Campos dos Goytacazes – RJ, sempre respeitando a região de saúde informada pela ANS.

10.2.2 A LICITANTE VENCEDORA deverá apresentar, em até 10 (dez) dias, após a assinatura do instrumento de contrato, a relação dos médicos nas diversas especialidades e laboratórios credenciados compatíveis com a quantidade de usuários, para atendimento nos Municípios onde o Sesc Minas possui unidade,

bem como a relação das unidades para a realização de exames e demais serviços complementares de diagnóstico e terapia, credenciadas ou próprias.

11 DAS CARÊNCIAS

11.1 Em virtude do plano de assistência à saúde e odontológica ser contratado pelo regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes superior a 100 (cem), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência dos usuários titulares e dependentes inscritos na data da contratação do plano, bem como dos novos colaboradores, inscritos até 30 dias da data de admissão junto ao Sesc em Minas, e de seus dependentes.

11.2 O Sesc Minas comunicará à Contratada, toda admissão bem como novos dependentes, para sua inclusão nos serviços de assistência médica.

11.3 Novos usuários deverão ser inscritos em, no máximo, até 30 (trinta) dias após a condição que os habilitou a tornarem-se dependentes, para ficarem isentos dos prazos de carência previstos.

11.4 Os usuários dependentes, quando incluídos após 30 (trinta) dias da vigência do contrato, sofrerão as carências previstas pela Contratada, excetuando-se:

11.4.1 Os filhos recém-nascidos, os adotivos, quando o prazo para inclusão, sem carência, respectivamente será de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da data inicial do termo de adoção e termo de guarda menor provisória ou definitiva;

11.4.2 Os casos de novas admissões, quando o prazo de inclusão, sem carência, será de 30 (trinta) dias após a data de admissão ao emprego; e,

11.4.3 Os casos de casamento, tutela, termo que se derem na vigência do contrato, quando o prazo para inclusão, sem carência, será de 30 (trinta) dias após a data do evento respectivo.

11.5 As carências máximas previstas serão de:

11.5.1 Período máximo de 24 (vinte e quatro) horas, para atendimento de urgência e emergência;

11.5.2 Período máximo de 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;

11.5.3 Período de 120 dias para cirurgias ambulatoriais;

11.5.4 Período máximo de 300 dias para partos a termos; e,

11.5.5 Período máximo de 180 dias para os demais casos.

12 OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

12.1 Executar os serviços na forma determinada neste Termo de Referência e nas legislações vigentes acerca da matéria;

12.2 Atender as solicitações e determinações da Fiscalização, bem como fornecer todas as informações e elementos necessários à fiscalização dos serviços;

12.3 Emitir as carteiras de identificação personalizadas aos usuários e fazer a entrega das mesmas ao Sesc Minas com no máximo 15 (quinze) dias úteis após o início da vigência do contrato;

12.4 Manter rede própria credenciada, cooperada ou referenciada, conforme descrito neste Termo de Referência, se possível, aumenta-la, visando à qualidade dos serviços a serem prestados;

12.5 Emitir relatório com as devidas exclusões e inclusões informadas pelo Sesc Minas, sendo que, na impossibilidade destas serem realizadas na fatura do

mês, deverão, obrigatoriamente, ser compensadas na nota fiscal/fatura do mês subsequente.

- 12.6** Zelar pela qualidade dos serviços médicos prestados pela sua rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada.
- 12.7** A operadora de plano de saúde deverá disponibilizar acesso ao médico do trabalho do Sesc Minas, o CID - códigos relativos à classificação de doenças, bem como nome do beneficiário e seu grupo familiar.
- 12.8** A operadora de plano de saúde deverá encaminhar mensalmente ao Sesc Minas relatório consolidado das despesas efetivadas, por grupo familiar, com a indicação do nome do procedimento, seguido da exposição de cada um dos custos desses serviços.
- 12.9** A operadora de plano de saúde deverá disponibilizar mensalmente aos usuários extrato de utilização das despesas efetivadas, por grupo familiar, com a indicação do nome do procedimento, clínica, nome do médico, data, horário, seguido da exposição de cada um dos custos desses serviços, por um período mínimo de 12 (doze) meses.

13 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 13.1** A Contratada deverá apresentar mensalmente Nota Fiscal, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente ao da prestação do serviço;
- 13.2** Para aprovação da emissão da nota fiscal deverá ser enviado mensalmente, para o Gestor do Contrato, relatório com o detalhamento dos serviços prestados, conforme item 12.5 e 12.8 especificado neste termo;
- 13.3** Os valores referentes a coparticipação do plano de saúde deverão ser faturados a parte, observados os prazos acima estabelecidos;

13.4 Nenhum pagamento será efetuado à Contratada enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação contratual, sem que isso gere direito a reajustamento de preços ou correção monetária.

13.5 A nota fiscal somente será liquidada após o recebimento definitivo.

13.6 O pagamento deverá ocorrer exclusivamente por meio de crédito bancário. Não serão aceitos boletos ou outra forma de pagamento.

14 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

14.1 Inscrição na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com situação cadastral ativa, comprovada por meio de “Comprovação de Situação Cadastral”.

14.2 Comprovação de registro de seus planos e ainda a autorização de comercialização do mesmo pela ANS.

14.3 Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprobatório do atendimento ao objeto ou demanda compatível.

15 DO JULGAMENTO DA PROPOSTA

15.1 Será declarada vencedora, a proposta que atender a todos os requisitos técnicos e especificações previstos neste Termo de Referência e Anexos, MENOR PREÇO POR LOTE, incluindo todos os custos diretos e indiretos pertinentes, desde que atenda a TODOS os requisitos de habilitação.

15.2 O plano de Saúde de ex-funcionário terá as mesmas condições do plano de Saúde de funcionários ativos, sendo arcado pelos mesmos.