



ORGANIZAÇÃO  
DAS VOLUNTÁRIAS  
DE GOIÁS

ESTADO DE GOIÁS  
ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS - O V G  
GERÊNCIA DE PROGRAMAÇÃO DE COMPRAS

## TERMO DE REFERÊNCIA

PROCESSO N.º 202400058007056

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 015/2025 V.II- CPAS-GPCOM / GAP

A ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS-OVG, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social - OS, sediada na Av. T-14, n.º 249, Setor Bueno, CEP 74.230-130, nesta Capital, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.106.664/0001-65, vem através do presente Termo de Referência apresentar as especificações para a contratação de empresa para o fornecimento do objeto descrito abaixo, conforme a legislação específica vigente.

A contratação será regida pelo [REGULAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE BENS, SERVIÇOS, LOCAÇÕES, IMPORTAÇÕES E ALIENAÇÕES – NORMA E PROCEDIMENTO/NP N.º 006 de 25 de abril de 2024](#) disponível no *site* da OVG <http://www.ovg.org.br> e demais condições estabelecidas neste Termo de Referência.

### 1. DO OBJETO

1.1. Trata-se de contratação de operadora para a gestão de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, com abrangência na **Região Metropolitana de Goiânia** e coparticipação de 30% em consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA), além de cobertura nacional para atendimentos de urgência e emergência, visando atender empregados e seus dependentes.

### 2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. A oferta de assistência à saúde para os empregados e seus dependentes promove qualidade de vida, reduz índices de absenteísmo e garante tranquilidade para o desempenho das atividades laborais.

2.2. A contratação seguirá as coberturas mínimas obrigatórias estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atendendo às exigências legais e garantindo serviços essenciais de saúde.

2.3. Além de prevenir doenças por meio de consultas e exames, o plano de saúde atua como incentivo à motivação e ao comprometimento dos colaboradores, integrando o conjunto de benefícios.

2.4. A modalidade de coparticipação visa otimizar os índices de uso, manter a saúde financeira do benefício e respeitar a capacidade orçamentária da OVG.

2.5. Essa contratação assegura acesso contínuo a serviços de qualidade, valorizando os recursos humanos e contribuindo para a produtividade institucional.

2.6. A contratação se justifica em razão da impossibilidade de novas adesões ao Plano de Saúde atual, ofertado pelo Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás - Ipagso Saúde.

### 3. DA ESPECIFICAÇÕES E DO QUANTITATIVO DOS OBJETOS

ITEM	OBJETO	UNIDADE	QUANTIDADE ESTIMADA DE USUÁRIOS	
			Acomodação Enfermaria (Básico)	Acomodação Apartamento (Especial)
3.1.	<p>Contratação de empresa especializada na gestão de Plano Privado de Assistência à Saúde coletivo empresarial, para a prestação contínua de serviços médico-hospitalares:</p> <p>a) Ambulatoriais;</p> <p>b) Laboratoriais;</p> <p>c) Realização de exames complementares — incluindo os de alta complexidade — serviços auxiliares de diagnóstico, terapias, internações e obstetrícia.</p> <p>d) A cobertura inclui também os custos assistenciais e o atendimento de urgência e emergência, com UTI Móvel Terrestre e Aeromédico.</p> <p>e) Será aplicada coparticipação de 30% sobre consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA), conforme o Rol de Procedimentos e limites estabelecidos pela ANS e suas atualizações.</p>	Serv.	318	71
3.2.	a) Coparticipação de 30% aplicada a consultas, exames, terapias e GTA, ,	Serv.		

	limitada a R\$ 350,00 por procedimento		
	<b>Total</b>		<b>318</b>
			<b>71</b>

3.3. O plano privado de assistência à saúde disponibilizado deverá oferecer atendimento eletivo em toda a rede credenciada com **área de atuação na Região Metropolitana de Goiânia**, incluindo serviços de Urgência e Emergência, com abrangência nacional, e com UTI Móvel Terrestre e Aeromédico. O plano será do **tipo coletivo empresarial**, destinado exclusivamente aos beneficiários definidos neste Termo de Referência, com **adesão voluntária e opcional**, conforme o disposto no artigo 5º da Resolução Normativa n.º 557, de 14 de dezembro de 2022 (Doc. 68487954).

3.4. A coparticipação do beneficiário será de 30% (trinta por cento) para consultas eletivas, com custo de até R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta. A coparticipação para exames, terapias e GTA deve ser limitada a até R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimento. Internações não possuem cobrança de coparticipação, exceto em internações psiquiátricas que excedam 30 (trinta) dias, quando poderá ser cobrado até 50% (cinquenta por cento) das diárias excedentes.

#### 4. CONDIÇÕES OPCIONAIS PARA OS BENEFICIÁRIOS

4.1. A operadora deverá apresentar proposta de cobertura para os serviços especificados neste Termo de Referência, conforme detalhamento a seguir, garantindo as mesmas condições estabelecidas neste documento para o objeto da contratação. A adesão dos beneficiários ativos será opcional e voluntária. Além disso, a operadora deverá ofertar dois tipos de plano de saúde:

4.1.1. **Plano privado de assistência à saúde enfermaria (básico) com coparticipação**, oferecendo acomodação em enfermaria, incluindo obstetrícia, atendimento ambulatorial e hospitalar para titulares e dependentes. O atendimento eletivo abrange a Região Metropolitana de Goiânia, incluindo serviços de urgência e emergência, **com suporte de UTI móvel terrestre e aeromédico**, estes últimos com cobertura nacional.

4.1.2. **Plano privado de assistência à saúde apartamento (especial) com coparticipação**, oferecendo acomodação em apartamento individual com banheiro privativo, com incluindo obstetrícia, atendimento ambulatorial e hospitalar para titulares e dependentes. O atendimento eletivo abrange a **Região Metropolitana de Goiânia, incluindo serviços de urgência e emergência, com suporte de UTI móvel terrestre e aeromédico**, estes últimos com cobertura nacional.

4.1.2.1. Caso o colaborador opte pelo plano de saúde apartamento (especial), a OVG repassará o valor correspondente ao subsídio do plano de saúde enfermaria (básico), sendo responsabilidade exclusiva do Beneficiário Titular arcar integralmente com a diferença de custo entre os planos para todo o grupo familiar.

4.1.2.2. O tipo de plano de saúde do Beneficiário Titular deverá ser o mesmo para todos os integrantes do grupo familiar.

#### 5. CONCEITUAÇÃO

5.1. Para fins deste documento, considera-se:

5.1.1. **Beneficiário Titular:** Empregados ativos, ex-empregados ou aposentados que, após o desligamento, optem pela manutenção do plano de saúde dentro do prazo legal, conforme os artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871) e Resolução Normativa n.º 488, de 29 de março de 2022 (Doc. 72305860), e empregados que, após a adesão ao plano, passem temporariamente à condição de inativos.

5.1.2. **Beneficiário Dependente:** Membros do grupo familiar do Beneficiário Titular, desde que por ele autorizados, incluindo cônjuge ou companheiro(a) em união estável; filho(a) ou enteado(a)

solteiro(a) até 18 anos completos; filho(a) ou enteado(a) solteiro(a), com idade entre 18 e 24 anos completos, desde que regularmente matriculado(a) em curso de nível superior; filho(a) ou enteado(a) solteiro(a) de qualquer idade, quando permanentemente incapacitado(a) física ou mentalmente para o trabalho; e menores sob tutela ou curatela.

5.1.3. **Beneficiário Agregado:** Membro do grupo familiar do Beneficiário Titular que não se enquadre na condição de Beneficiário Dependente (filhos, enteados ou menores sob guarda, tutela judicial, com até 30 anos).

5.1.4. **Grupo Familiar:** Conjunto de beneficiários, incluindo Titulares e Dependentes.

5.1.5. **Faixas Etárias:** As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário, de acordo com as seguintes faixas etárias:

Faixa etária	
1ª	de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
2ª	de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
3ª	de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
4ª	de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
5ª	de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
6ª	de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
7ª	de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
8ª	de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
9ª	de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
10ª	de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

5.1.6. **Operadora de Plano de Saúde:** A CONTRATADA, descrita no contrato, que se obriga, na qualidade de mandatária, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados ou credenciados e de rede própria, ou por ela contratada.

5.1.7. **Rede Credenciada:** Hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Operadora de Planos de Saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

5.1.8. **Abrangência da Rede:** Localidades em que a operadora CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada.

5.1.9. **Atendimento de Emergência:** Evento que implica em sofrimento intenso, risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.1.10. **Atendimento de Urgência:** Evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

5.1.11. **Remoção:** Ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

5.1.12. **Coparticipação:** Consiste no pagamento pela OVG à CONTRATADA de uma parte da despesa assistencial, relacionada a(os) procedimento(s) sobre os quais incide, estipulada previamente EM VALOR FIXO ou PERCENTUAL no ato da contratação e descontada dos vencimentos mensais do colaborador.

5.1.13. **Subsídio:** Valor mensal repassado à contratada com recursos da Organização para o custeio do plano de saúde, conforme a faixa salarial e idade do Beneficiário Titular e a idade do(s) Beneficiário(s) Dependente(s).

5.1.14. **Mensalidade:** Valor total mensal que inclui o subsídio e a coparticipação, referente a todo o grupo familiar.

5.1.15. **Gestor do Contrato:** Representante da OVG responsável pela interlocução para tratar dos assuntos relacionados à execução do contrato.

## 6. ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS

6.1. O quantitativo estimado de adesões é de 389 (trezentos e oitenta e nove) pessoas, tendo como base o quantitativo de empregados e seus dependentes cadastrados, estipulados no Anexo I - Beneficiários Estimados (Doc. 68443148).

6.2. A adesão ao plano de saúde é da própria vontade do beneficiário, não podendo a OVG interferir nesta decisão. Com o intuito de garantir a adesão mínima para a sustentabilidade do contrato, a OVG divulgará amplamente o Plano de Saúde junto aos colaboradores e cederá espaço físico para a CONTRADA realizar a apresentação do novo Plano.

## 7. FAIXAS ETÁRIAS

7.1. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que resulte em enquadramento em faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será ajustada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

7.1.1. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na proposta de adesão, incidindo sobre o valor da faixa etária anterior, sem se confundir com o reajuste anual.

7.2. Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente da modificação por faixa etária, sendo aplicável apenas o reajuste anual conforme previsto no contrato estabelecido.

## 8. ADESÃO DE BENEFICIÁRIOS

8.1. A adesão de beneficiário no plano objeto desta contratação é voluntária pelos empregados ativos.

8.1.1. É vedada a migração ao plano objeto desta contratação ex-empregados, aposentados e seus respectivos dependentes originários de outras operadoras registradas na ANS que estejam afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou ainda sob cuidados médico/hospitalares na residência do beneficiado.

8.2. A adesão ao Plano de Assistência à Saúde será permitida, após aprovação da viabilidade econômica pela GAP.

8.3. Após a validação econômica pela GAP, os pedidos de adesão serão encaminhados para a CONTRATADA, que deverá concluir o processo e comunicar oficialmente à GAP no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

## 9. SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

9.1. O atraso no pagamento da mensalidade pelo beneficiário titular, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito à cobertura, tanto para o titular quanto para seus dependentes.

9.2. O Beneficiário Titular será excluído do plano de assistência à saúde coletivo empresarial nos seguintes casos:

9.2.1. Por falecimento.

- 9.2.2. Por demissão, ressalvada a possibilidade de permanecer no plano, nos termos do § 1º do artigo 30 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871).
- 9.2.3. Quando este solicitar a sua exclusão.
- 9.2.4. Outras situações previstas em lei ou normas do órgão regulador.
- 9.2.5. Concessão de Licença Sem Vencimentos ou Aposentadoria por invalidez.
- 9.3. O Beneficiário Dependente ou Agregado será excluído do plano de assistência à saúde objeto dessa contratação nos seguintes casos:
- 9.3.1. Por falecimento.
- 9.3.2. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído.
- 9.3.3. Quando o titular perder a condição de beneficiário.
- 9.3.4. Quando o dependente perder a condição de beneficiário.
- 9.3.5. A pedido formal do titular.
- 9.4. Ressalvadas as situações previstas no item 9.2 e 9.3, a exclusão do Beneficiário (Titular, Dependente ou Agregado) se dará, também, por:
- 9.4.1. Fraude ideológica ou documental na utilização do plano contratado ou na qualificação dos dependentes declarados.
- 9.4.2. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato estabelecido.
- 9.4.3. Decisão em processo administrativo ou judicial.
- 9.5. As solicitações de exclusão de Beneficiários dos planos de assistência à saúde deverão ser realizadas eletronicamente pela GAP e concluídas pela CONTRATADA, que deverá comunicar à GAP em até 10 (dez) dias úteis.
- 9.6. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do Beneficiário será de responsabilidade da OVG.
- 9.6.1. Assim que for cobrada pela utilização do serviço, a OVG repassará o valor dos serviços posteriormente ao titular.
- 9.7. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na exclusão de todos seus os Beneficiário Dependentes e Agregados.
- 9.8. É responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar formalmente a exclusão de seus dependentes e agregados, quando cessarem as condições de manutenção ou quando não houver mais o interesse de mantê-los no plano.
- 9.9. Na hipótese de falecimento do Beneficiário Titular, Dependente ou Agregado, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento.

## 10. CARÊNCIA

10.1. Excetuando-se os beneficiários ingressos no plano por transferência ou migração contratual, os demais terão acesso ao serviço ora contratado após o cumprimento de carência de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua inclusão, observando-se o período de movimentação cadastral do contrato de assistência médica celebrado com a CONTRATADA.

10.2. As adesões realizadas após o período descrito no item 10.1 cumprirão os seguintes períodos de carência:

PROCEDIMENTO	TEMPO
Acidentes pessoais / Urgência e Emergência, nos limites da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871) e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema	24 horas

PROCEDIMENTO	TEMPO
descrito nesse instrumento	
Consultas	180 dias
Exames laboratoriais e radiodiagnósticos simples	180 dias
Procedimentos de cirurgia cardíaca e hemodinâmica	180 dias
Procedimentos endoscópicos, digestivos, respiratórios e proctológicos	180 dias
Transplantes, listados no Rol de procedimentos e eventos da ANS	180 dias
Hemodiálise e diálise peritoneal/CAPD	180 dias
Internação hospitalar	180 dias
Métodos intervencionistas por imagem	180 dias
Ressonância magnética e tomografia computadorizada	180 dias
Terapias simples e terapias especiais	180 dias
Fisioterapia, radioterapia e quimioterapia	180 dias
Litotripsia extracorpórea e tratamentos por ondas de choque	180 dias
Mudança de plano com acomodação coletiva (enfermaria) para plano com acomodação individual (apartamento)	180 dias
Demais procedimentos integrantes do Rol de procedimentos e eventos em saúde e suas diretrizes de utilização, vigentes à época do evento	180 dias
Acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior quando da transferência de contrato	180 dias
Partos a termo	300 dias

10.3. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário titular, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias contados do nascimento ou da adoção, observando-se:

10.3.1. Se o beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) tiver cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias em plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, o recém-nascido estará isento do cumprimento de todos os prazos de carência;

10.3.2. Se o beneficiário titular (pai, mãe ou responsável legal) não tiver cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido aproveitará a carência já cumprida pelo beneficiário, devendo cumprir o período restante;

10.3.3. A adesão independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;

10.3.4. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

10.4. O menor de 12 (doze) anos, adotado ou com a paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário, inscrito em até 30 (trinta) dias do evento que lhe confere esse direito, terá direito à contagem dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe.

10.5. O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

10.6. As carências previstas nos planos de saúde deverão observar também as regulamentações da ANS, em especial as Resoluções Normativas da ANS de n.º 438, de 03 de dezembro de 2018 (Doc. 68487941) e n.º 566, de 29 de dezembro de 2022 (Doc. 68487935), e as que lhes sucederem.

10.7. A CONTRATADA poderá oferecer condições de carência mais benéficas que as previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente a qualquer tempo.

## 11. PORTABILIDADE

11.1. Após o prazo mencionado no item 10.1, a CONTRATADA deverá seguir as regulamentações da ANS sobre portabilidade, especialmente a Resolução Normativa n.º 438, de 03 de dezembro de 2018 (Doc. 68487941).

11.2. A CONTRATADA poderá oferecer condições de portabilidade mais benéficas que as previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente a qualquer tempo.

## 12. **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS GARANTIDOS NO PLANO DE SAÚDE**

12.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários que vierem a se inscrever regularmente e que atenderem às respectivas condições, a cobertura básica prevista neste item, exclusivamente na segmentação **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, compreendendo a cobertura de todas as especialidades que forem reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando ao tratamento de todas as doenças que constarem na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde, descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, que estiverem vigentes à época do evento e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS.

12.1.1. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos que vierem a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, que estiverem vigentes à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

12.1.2. Ficará garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos que vierem a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em suas Diretrizes de Utilização, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitada a segmentação contratada.

12.1.2.1. Entender-se-á como cobertura relacionada à saúde ocupacional o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças que vierem a ser relacionadas ao processo de trabalho, conforme a legislação específica vigente.

12.1.3. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com a indicação do médico assistente.

12.1.4. O atendimento estará assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência que forem estabelecidos no contrato firmado.

### 12.2. **Cobertura Ambulatorial**

12.3. A cobertura ambulatorial deverá abranger os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, anexos de Resolução Normativa específica, e vigentes à época do evento, editados e atualizados pela ANS. Não poderão ser incluídos na cobertura ambulatorial a internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora não requeiram internação, demandem estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, bem como serviços como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidades similares, conforme detalhado a seguir:

12.3.1. Consultas médicas com médicos cooperados ou credenciados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo CFM;

12.3.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

12.3.3. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento;

12.3.4. Psicoterapia de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

12.3.5. Procedimentos de reeducação e reabilitação física de acordo com a indicação do médico assistente e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, podendo ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

12.3.6. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, que envolvam as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico conforme previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

12.3.7. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC ou CAPD na sigla em inglês);
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Procedimentos de radioterapia ambulatorial;
- d) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

12.3.8. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venosos, respeitando preferencialmente as seguintes características:

- a) Medicamento genérico: medicamento equivalente, com o mesmo princípio ativo de um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 (Doc. 71591924);
- b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

12.3.9. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

12.3.10. Tratamento de queimadura de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da CONTRATADA, ressalvados os casos dispostos nestas condições gerais para reembolso;

12.3.11. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

12.3.12. Para efeitos do disposto nessa cláusula, as áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas especialidades médicas.

#### 12.4. **Cobertura Hospitalar com Obstetrícia**

12.4.1. A CONTRATADA deverá garantir aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, a cobertura hospitalar com obstetrícia, conforme definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS, compreendendo os seguintes serviços:

- 12.4.1.1. Diárias de internação hospitalar em acomodação contratada, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo CFM;
- 12.4.1.2. Acesso à acomodação em nível superior em casos de indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada, sem ônus adicional, nos estabelecimentos próprios ou contratados para o plano;
- 12.4.1.3. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- 12.4.1.4. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 12.4.1.5. Exames complementares constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- 12.4.1.6. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA;
- 12.4.1.7. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da área de atuação prevista no contrato firmado;
- 12.4.1.8. Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada, salvo expressa contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente;
- 12.4.1.9. Procedimentos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação hospitalar, vigentes à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 12.4.1.10. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 12.4.1.11. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:
- a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a Regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;
  - b) Que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela legislação específica e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação contratada;
- 12.4.1.12. Seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em caráter de internação hospitalar, e em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC ou CAPD na sigla em inglês);

- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme definido na cláusula das disposições gerais desse instrumento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos, ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.

12.4.1.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.4.1.14. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.4.1.15. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;

12.4.1.16. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

12.4.1.17. Coberturas das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;

12.4.1.18. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, observadas as condições previstas no item 10.3 e seus subitens;

12.4.1.19. atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, observadas as seguintes condições:

- a) Custeio Integral de 30 (trinta) dias de internação por ano contratual, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) Custeio parcial a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano contratual, sendo o percentual da coparticipação do Beneficiário definida na Proposta de Adesão, no ato da contratação, observados os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Cobertura de hospital-dia, Custeio parcial por evento (período total de atendimento): considera-se como "evento" o período compreendido entre a admissão e a alta hospitalar do paciente, com duração máxima de até 12 (doze) horas. O percentual de coparticipação do beneficiário será de 50% (cinquenta por cento), observando os tetos máximos estabelecidos nos normativos vigentes.

12.4.1.20. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados,

necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia) e tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

12.4.2. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme legislação específica vigente;

12.4.2.1. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

12.4.2.2. É de competência privativa das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

12.4.3. O imperativo clínico, para fins da cobertura de estrutura hospitalar à realização dos procedimentos odontológicos ora descritos nessa cláusula, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

12.4.4. A acomodação coletiva é composta por 03 (três) leitos, ou mais, um banheiro e mobiliário necessário ao paciente.

12.4.5. Caso o paciente ou seus responsáveis optem por acomodação superior à, conforme opção contratada no termo de adesão, deverá fazê-lo mediante livre negociação com o prestador hospitalar, responsabilizando-se pelo pagamento adicional dos custos, não cabendo qualquer ônus à contratada proveniente dessa negociação.

### **13. EXCLUSÕES DE COBERTURA**

13.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871), e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas em Resolução Normativa específica, estarão excluídos da cobertura do plano os serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento, e anexos de Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS, bem como os provenientes de:

13.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, inclusive os não reconhecidos pelo CFM;

- 13.1.2. atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carência, ou ainda, prestados em desacordo com o estabelecido no contrato firmado, mesmo que o beneficiário já esteja de posse do cartão de identificação, exceto para os casos previstos na legislação;
- 13.1.3. Fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar, exceto para os casos previstos na legislação;
- 13.1.4. Fornecimento de medicamentos prescritos durante o atendimento ambulatorial ou na internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC);
- 13.1.5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA, bem como aqueles previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- 13.1.6. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;
- 13.1.7. Cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- 13.1.8. Despesas de acompanhantes, excecionadas:
- a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante dos menores de 18 (dezoito) anos;
  - b) Acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
  - c) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.
- 13.1.9. Cirurgias para mudança de sexo, à exceção do processo transexualizador, conforme Parecer Técnico da ANS n.º 026/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 (Doc. 72149082) ou outra diretriz da mesma agência que venha a substituir e vigente à época do evento.
- 13.1.10. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados por autoridade competente;
- 13.1.11. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos, ar condicionado, televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do contrato;
- 13.1.12. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de atuação do plano contratado, conforme "Características Gerais do Contrato de Plano de Saúde", bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou credenciados ou entidades não credenciadas à operadora;
- 13.1.13. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 13.1.14. Inseminação artificial;
- 13.1.15. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 13.1.16. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 13.1.17. Aplicação de vacinas;
- 13.1.18. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 13.1.19. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

- 13.1.20. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 13.1.21. Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar;
- 13.1.22. Transplantes, exceto os descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;
- 13.1.23. Tratamentos em "SPAS", clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 13.1.24. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 13.1.25. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 13.1.26. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou em desacordo com as suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;
- 13.1.27. Especialidade médica não reconhecida pelo CFM;
- 13.1.28. Atos de natureza cirúrgica, internações em leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade referentes às doenças e lesões preexistentes, dentro do período da cobertura parcial temporária, que compreende 24 (vinte e quatro) meses;
- 13.1.29. Cirurgia refrativa para grau diferente do estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;
- 13.1.30. Fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes, inclusive de rim, de córnea e de medula óssea alogênico ou autólogo, ou qualquer outro que venha a ser inserido no Rol de Procedimentos da ANS, ressalvados os medicamentos utilizados durante a internação para os transplantes cobertos;
- 13.1.31. Procedimentos pré-operatórios nos casos de transplantes, exceto os descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento;
- 13.1.32. Procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cujo limite máximo de utilização por ano contratual tenha sido ultrapassado;
- 13.1.33. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme Portaria n.º 024, de 29 de dezembro de 1994 - NR7 (Doc. 72150471) ou por qualquer ato normativo que vier a substituí-la.
- 13.1.34. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), conforme Portaria n.º 025, de 29 de dezembro de 1994 - NR9 - MTB (Doc. 72150900) ou por qualquer ato normativo que vier a substituí-la, bem como os procedimentos relacionados com a medicina ocupacional (exames admissionais, demissionais e periódicos).
- 13.1.35. Transporte de tecidos e órgãos do doador ao estabelecimento de saúde em que se encontre o receptor;
- 13.1.36. Internação domiciliar em qualquer caso;
- 13.1.37. Honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar;
- 13.1.38. Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

#### 14. **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- 14.1. O beneficiário titular deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da declaração de saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à

suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único do artigo 11, da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871).

14.2. Doenças ou lesões preexistentes (DLP), são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871), o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Doc. 72164531) e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa n.º 558, de 14 de dezembro de 2022 (Doc. 72165270) e suas atualizações.

## 15. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

15.1. Os serviços contratados deverão ser prestados da seguinte forma:

15.1.1. **Consultas Médicas:** Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados ou credenciados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observando o horário normal de funcionamento e mediante agendamento prévio. As consultas em pronto-socorro na rede credenciada serão realizadas pelo médico de plantão.

15.1.2. **Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas:** Serão realizados por médicos cooperados ou credenciados nos estabelecimentos de saúde indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, mediante a apresentação da solicitação emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, com prévia autorização da CONTRATADA.

15.1.3. **Exames complementares e serviços auxiliares:** deverão ser realizados pelos prestadores que integram a rede indicada na relação divulgada pela CONTRATADA, mediante a apresentação da solicitação emitida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, com prévia autorização da CONTRATADA.

## 16. URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REMOÇÃO

16.1. A **UTI Móvel Terrestre** é um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em casos de urgências e emergências, com ou sem Remoção Terrestre.

16.1.1. Para os efeitos do serviço contratado são adotadas, ainda, as seguintes definições:

16.1.2. **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel:** atendimento médico de urgências e emergências no local onde se der o evento e, se necessário for, a remoção via terrestre até o estabelecimento hospitalar credenciado pela CONTRATADA.

16.1.3. **Busca:** ato de buscar pessoas, acidentadas ou não, em local incerto, tendo como referência apenas a região nas mais diversas situações.

16.1.4. **Emergência:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

16.1.5. **Remoção:** ato de remover pessoas seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar.

16.1.6. **SOS Fone:** serviço de orientação médica 24 (vinte e quatro) horas por meio de ligação gratuita.

16.1.7. **Urgência:** é o evento resultante de acidente pessoal, voluntário ou não, bem como de complicações no processo gestacional.

16.2. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do contrato ou da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA deverá garantir a cobertura para atendimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal, dentro da área de atuação e da rede de atendimento prevista no plano contratado.

16.3. Os beneficiários inscritos no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial terão garantido o atendimento de urgência e emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas em ambiente ambulatorial ou até que se constate a necessidade de estrutura hospitalar, nos seguintes casos:

16.3.1. atendimentos decorrentes do processo gestacional, durante o período de carência para parto;

16.3.2. atendimentos que evoluam para a necessidade de internação, durante o período de carência para internação;

16.3.3. atendimentos que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões preexistentes, durante o período de Cobertura Parcial Temporária.

16.4. Uma vez cumpridos os prazos de carências e de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência e/ou emergência terão garantida a cobertura integral contratada.

16.5. A CONTRATADA assegurará ao beneficiário regularmente inscrito no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial a remoção terrestre do paciente, quando devidamente comprovada a necessidade, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da área de atuação do contrato.

16.6. Sendo constatada pelo médico assistente a insuficiência de recursos da unidade para a continuidade do atendimento ao paciente, após a realização dos procedimentos classificados como urgência e emergência, a CONTRATADA assegurará ao beneficiário regularmente inscrito a remoção terrestre para outro estabelecimento hospitalar pertencente à rede credenciada do plano contratado.

16.7. Após o atendimento das primeiras 12 (doze) horas de urgência e emergência, e sendo constatada pelo médico assistente a necessidade de continuidade do tratamento, a CONTRATADA assegura ao(s) beneficiário(s) a remoção para unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre que se encontrarem nas seguintes situações:

a) Em períodos de carência para internação e/ou parto;

b) Em período de Cobertura Parcial Temporária para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

16.8. A CONTRATADA será responsável pelo ônus e pela remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento.

16.9. Durante a remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, sendo sua responsabilidade cessada após o registro do paciente na unidade do SUS.

16.10. Caso o paciente ou seus responsáveis optem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, ou se a remoção não puder ser realizada devido ao risco de morte, o beneficiário ou seu responsável e o prestador de atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira pela continuidade da assistência, desobrigando a CONTRATADA da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## 17. DO REEMBOLSO

17.1. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA, nem o contato prévio para o correto direcionamento por indisponibilidade ou inexistência dentro da área de abrangência do plano ora contratado, o beneficiário titular poderá solicitar o reembolso das despesas com serviços ou atendimentos das coberturas contratadas, desde que pagos por ele.

17.2. Para que se cumpra o disposto no item acima, é necessária a apresentação da documentação comprobatória da urgência e/ou emergência, uma vez que tal solicitação será acolhida apenas quando a urgência e/ou emergência estiverem indiscutivelmente caracterizadas, conforme os

conceitos estabelecidos na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871) e nas resoluções normativas em vigor.

17.3. Somente poderão ser reembolsáveis as despesas diretamente vinculadas ao evento que originou o atendimento ao beneficiário e que estejam contempladas na cobertura contratada.

17.4. Os procedimentos realizados em ocasiões de inadimplência, ainda que cobertos contratualmente, não serão reembolsáveis até que os débitos existentes sejam quitados.

17.5. A partir da entrega de toda a documentação solicitada, a CONTRATADA terá o prazo de até 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso.

17.6. O pagamento do reembolso será feito somente ao beneficiário titular ou, em caso de falecimento deste, à pessoa legalmente constituída.

17.7. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data do evento.

## 18. REDE CREDENCIADA

18.1. AA CONTRATADA deverá operar com uma rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar em âmbito regional (Região Metropolitana de Goiânia), abrangendo atendimentos em hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais devidamente registrados nos respectivos conselhos, bem como disponibilização serviços de urgência e emergência com abrangência nacional. A rede credenciada incluirá no mínimo de 450 (quatrocentas e cinquenta) clínicas, hospitais e laboratórios, além de contar com uma equipe de no mínimo 2.900 (dois mil e novecentos) médicos na região atuação do Plano de Saúde.

18.2. A CONTRATADA também deve disponibilizar uma rede própria de atendimento, composta por Centro de Atendimento Pediátrico, PAS (Programa de Atenção à Saúde), Centro de Terapias Especiais para usuários com Transtorno do Espectro Autista, Centro de Diagnósticos, Vacinas, Atendimento Domiciliar com equipe multiprofissional, Clínica de Psicologia e serviços para Saúde do Adulto.

## 19. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO E HABILITAÇÃO

19.1. Proposta técnica comercial, que deve obrigatoriamente:

19.1.1. Informar sobre a concordância com todos os termos descritos neste Termo de Referência.

19.1.2. Ser elaborada utilizando o Anexo I - Beneficiários Estimados (Doc. 68443148).

19.1.3. Informar que os valores apresentados incluem os impostos federais, estaduais e municipais, taxas e todos os demais custos envolvidos no escopo desta contratação.

19.1.4. Apresentar preço considerando:

a) Total estimado de beneficiários titulares e dependentes.

b) Período de 12 meses.

c) Plano Básico (acomodação enfermaria) e Plano Especial (acomodação apartamento).

d) Cotar os valores conforme as faixas etárias definidas pela ANS, independente de sexo e já incluídos os impostos, taxas e quaisquer outras despesas inerentes ao cumprimento da obrigação, conforme Anexo I - Beneficiários Estimados (Doc. 68443148).

19.1.5. Discriminar preços por tipo de plano, totalizando quantidade de beneficiários, por mês e para o prazo total da contratação (12 meses).

19.1.6. Não modificar preço ou condições da proposta devido à insuficiência de informações sobre o serviço.

19.2. Apresentar, no mínimo, 01 (um) atestado de capacidade técnica emitido por empresa pública ou privada, comprovando:

- a) Cumprimento de obrigações similares ao objeto da contratação.
- b) Período e abrangência da prestação dos serviços.

19.2.1. A OVG poderá realizar diligências ou visitas técnicas para complementar informações ou comprovar a veracidade dos atestados, podendo solicitar contratos, notas fiscais ou outros documentos.

19.3. A empresa interessada em participar o processo deverá:

19.3.1. Comprovação de registro na ANS como OPERADORA de plano de saúde, com garantia de atendimento em território nacional, incluindo urgência e emergência, bem como autorização para comercialização do plano ofertado.

19.3.2. Cumprir a Lei n.º 9.656, de 03 de junho 1998 (Doc. 68487871) e as Resoluções Normativas da ANS:

- a) N.º 196, de 14 de julho de 2009 (Doc. 68487863);
- b) N.º 252, de 28 de abril de 2011 (Doc. 68487839);
- c) N.º 259, de 17 de junho de 2011 (Doc. 68487813);
- d) N.º 279 de 25 de novembro de 2011 (Doc. 68487815);
- e) N.º 438, de 03 de dezembro de 2018 (Doc. 68487941);
- f) N.º 465, de 24 de fevereiro de 2021 (Doc. 68487751);
- g) N.º 531, de 02 de maio de 2022 (Doc. 68487732); e
- h) N.º 536, de 6 de maio de 2022 (Doc. 68487727).

19.4. A empresa interessada em participar o processo deverá apresentar os comprovantes de Regularidade Fiscal e Trabalhista:

- a) Inscrição do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- b) Prova de regularidade para com a fazenda federal, mediante certidão conjunta de débitos relativos a tributos federais e da dívida ativa da união, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;
- c) Prova de regularidade para com a fazenda estadual de Goiás, mediante certidão negativa de débitos relativos aos tributos estaduais;
- d) Prova de regularidade relativa ao fundo de garantia por tempo de serviço - FGTS, através da apresentação do certificado de regularidade do FGTS - CRF;
- e) Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho - CNDT;
- f) Prova de regularidade para com a fazenda municipal do tomador ou da sede do fornecedor, mediante certidão negativa de débitos relativos aos tributos municipais, no caso de obras e serviços.

19.5. Admitir-se-á como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

19.6. A empresa proponente deverá apresentar relação que demonstre cumprir integralmente a rede credenciada exigida de no mínimo de **450 (quatrocentas e cinquenta) clínicas, hospitais e laboratórios e de mínimo 2.900 (dois mil e novecentos) médicos** na região de atuação do Plano de Saúde.

19.7. Os participantes deverão disponibilizar todas as informações relevantes ao plano de saúde oferecido, mesmo que não estejam expressamente mencionadas no Termo de Referência, tais como manuais técnicos, detalhamento da rede credenciada, condições de cobertura, características específicas de funcionamento do plano e demais informações pertinentes à prestação dos serviços.

19.8. As empresas interessadas em participar da presente contratação deverão fornecer o objeto a que se refere este Termo de Referência seguindo estritamente com as especificações aqui descritas, sendo de sua inteira responsabilidade a substituição do mesmo quando constatado no seu recebimento não estar em conformidade com as referidas especificações.

19.9. Não será admitido neste processo a participação de fornecedor/prestador de serviços em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação.

19.10. **Não será admitido neste processo a participação de fornecedor/prestador de serviços que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório na OVG, bem como com os elencados no artigo 08-C da Lei 15.503, de 28 de dezembro de 2005 (Doc. 68516557), estando a proponente conforme os termos do presente Termo de Referência, no encaminhamento da proposta comercial.**

## 20. RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

20.1. Durante todo o período de prestação dos serviços, a CONTRATADA deverá apresentar:

20.1.1. Mensalmente, até o dia 15 (quinze) de cada mês, a OVG deverá receber, **fatura** em arquivo eletrônico, contendo as informações sobre os Beneficiários Titulares, Dependentes e Agregados, incluindo nome, matrícula e a relação de dependência. O arquivo também deverá informar os valores da mensalidade do respectivo plano, bem como a coparticipação em serviços utilizados, quando aplicável, para o desconto em folha do empregado. Os valores deverão ser apresentados em rubricas específicas e separadas.

20.1.2. Anualmente, até o dia 15 (quinze) de janeiro do ano subsequente, deverá ser enviado à OVG um arquivo contendo os totais de mensalidades e coparticipações desembolsadas pelos empregados durante o ano, discriminados por tipo de beneficiário (titular ou dependente), para fins de tratamento no Imposto de Renda.

20.1.2.1. Relatório similar deverá ser disponibilizado, no mesmo prazo, para os todos os beneficiários, seja em formato PDF enviado para o *e-mail* cadastrado ou disponibilizado para *download* no *site* da CONTRATADA.

## 21. USO DA LÍNGUA PORTUGUESA

21.1. Em todas as atividades deverá ser empregada a língua portuguesa falada e escrita do Brasil. Serão admitidas as seguintes exceções a esta exigência:

- a) O uso de termos técnicos em inglês, nas conversações ou correspondências;
- b) Outros casos, decididos em comum acordo entre a OVG e a CONTRATADA.

21.2. Os relatórios previstos neste Termo de Referência deverão ser apresentados com conteúdo em língua portuguesa.

## 22. DO SIGILO E DE PROTEÇÃO DE DADOS – LEI Nº 13.709/2018

22.1. A CONTRATANTE / CONTRATADA, além de guardarem sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato, se comprometem a adotar as melhores práticas para respeitar a legislação vigente e/ou que venha entrar em vigor sobre proteção de dados, sendo certo que se adaptará, inclusive, à Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

22.2. A CONTRATANTE e CONTRATADA se obrigam ao dever de confidencialidade e sigilo relativamente a toda a informação e/ou dados pessoais a que tenha acesso por virtude ou em consequência das relações profissionais, devendo assegurar-se de que os seus colaboradores, consultores e/ou prestadores de serviços que, no exercício das suas funções, tenham acesso e/ou conhecimento da informação e/ou dos dados pessoais tratados, se encontram eles próprios contratualmente obrigados ao sigilo profissional.

22.3. As partes se obrigam a realizar o tratamento de dados pessoais de acordo com as disposições legais vigentes, bem como nos moldes da Lei nº 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), visando dar efetiva proteção aos dados coletados de pessoas naturais que possam identificá-las ou torná-las identificáveis, utilizando-os de tais dados tão somente para os fins necessários à consecução do objeto do Contrato, ou nos limites do consentimento expressamente manifestado por escrito por seus respectivos titulares.

22.4. A CONTRATANTE e a CONTRATADA se responsabilizam, única e exclusivamente, acerca da utilização dos dados obtidos por meio do contrato, sendo terminantemente vedada a utilização de tais informações para fins diversos daqueles relativos ao objeto do contrato, bem como outros fins ilícitos, ou que, de qualquer forma, atendem contra a moral e os bons costumes.

22.5. A OVG não será, em qualquer hipótese, responsabilizada pelo uso indevido por parte da CONTRATADA e/ou terceiros, com relação a dados armazenados em seus softwares e bancos de dados.

22.6. A CONTRATADA não poderá utilizar a informação e/ou os dados pessoais a que tenha acesso para fins distintos do seu fornecimento/prestação de serviços à OVG, não podendo, nomeadamente, transmiti-los a terceiros

22.7. A OVG NÃO IRÁ COMPARTILHAR NENHUM DADO DAS PESSOAS NATURAIS, SALVO AS HIPÓTESES EXPRESSAS DA LEI Nº 13.709/2018, QUE PERMITEM O COMPARTILHAMENTO SEM CONSENTIMENTO DO TITULAR.

22.8. O dever de sigilo e de confidencialidade e as restantes obrigações previstas no presente item, deverão permanecer em vigor mesmo após o término de vigência do contrato.

22.9. Eventuais violações externas que atinjam o sistema de proteção da OVG, serão comunicadas aos titulares, bem como a Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD.

22.10. Os dados pessoais serão eliminados após o término de seu tratamento, no âmbito e nos limites técnicos das atividades, autorizada a conservação para as seguintes finalidades

22.10.1. Cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

22.10.2. Estudo por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais;

22.10.3. Transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de dados dispostos na Lei; ou

22.10.4. Uso exclusivo do controlador, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados.

## 23. REAJUSTE

23.1. Os valores estipulados na Proposta de Adesão deverão ser definidos com base em cálculo atuarial, considerando os custos dos serviços disponibilizados aos beneficiários, dados estatísticos sobre a frequência de utilização, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária incidente sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração nesses fatores, bem como a atualização do Rol de procedimentos médicos da ANS, poderá implicar a revisão dos valores, com vistas ao reequilíbrio contratual, desde que previamente negociada e formalizada por meio de aditivo entre as partes.

23.1.1. Os reajustes econômico e/ou técnico serão aplicados anualmente, nos termos desta cláusula.

### 23.2. Reajuste Econômico

23.2.1. Os valores das mensalidades e da tabela de preços serão reajustados automática e anualmente, ou na menor periodicidade legalmente permitida, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)/SAÚDE – PLANOS DE SAÚDE, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulado nos últimos 12 (doze) meses. Na ausência da divulgação desse índice, será utilizado o índice que o substituir oficialmente e, caso não haja um equivalente, outro indicador que

reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que em conformidade com a legislação vigente.

23.2.2. Caso o índice adotado acumule saldo negativo nos últimos 12 (doze) meses, serão mantidos os valores das mensalidades, aplicando-se apenas o reajuste técnico, se for o caso.

23.2.3. Havendo nova legislação que venha a estabelecer um período inferior a 12 (doze) meses para o reajustamento, este será aplicado ao contrato.

### 23.3. **Reajuste Técnico**

23.3.1. O reajuste técnico será aplicado caso a sinistralidade (S) ultrapasse a meta de sinistralidade (SM) de 75% (setenta e cinco por cento), calculada com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas nos 12 (doze) meses consecutivos anteriores à data de aniversário do contrato.

23.4. Os reajustes efetuados serão comunicados à ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

23.5. O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração ou adaptação do contrato à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871), ou se a legislação vier a permitir.

23.6. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

23.7. Os reajustes anuais dos valores da contraprestação pecuniária serão negociados livremente pelas partes até a data base pactuada (data de aniversário do contrato), **caso não haja consenso** entre as partes contratantes em relação ao índice de reajuste proposto, fica estipulado o prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data base, para que seja finalizada.

23.8. Encerrada a negociação de reajuste entre as partes, será aplicado o índice negociado a partir da data de aniversário do contrato. Caso o reajuste ocorra em data posterior à do aniversário do contrato a data base, a OVG se compromete a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago, no mês imediatamente posterior ao encerramento da negociação, em condições a serem pactuadas e firmadas em Termo de Acordo.

23.9. **Caso não haja consenso** entre as partes contratantes quanto ao índice de reajuste proposto dentro do prazo de 90 (noventa) dias estipulado nesta cláusula, o contrato será automaticamente renovado com a aplicação do(s) índice(s) previsto(s) neste instrumento, a partir da data de seu aniversário. Nesse caso, a OVG compromete-se a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago no mês subsequente à aplicação do reajuste e à renovação do contrato.

23.10. Caso a OVG opte pela rescisão do contrato após a data-base, sem que tenha havido a aplicação do reajuste, será aplicado o(s) índice(s) proposto(s) pela CONTRATADA, conforme previsto nesta cláusula, a partir da data de aniversário do contrato até a sua rescisão. Nesse caso, a OVG compromete-se a pagar à CONTRATADA a diferença entre o valor corrigido e o efetivamente pago no mês subsequente à rescisão.

23.11. **O(s) limite(s) de coparticipação e/ou franquia**, quando aplicáveis, serão estabelecidos com base nos valores definidos na Proposta de Adesão e reajustados anualmente. **Caso o índice adotado seja negativo, os valores vigentes serão mantidos.**

23.12. O percentual de reajuste aplicado será informado na fatura de cobrança.

## 24. **DAS PROPOSTAS COMERCIAIS**

24.1. As propostas serão analisadas quanto ao cumprimento dos seguintes requisitos e deverão conter:

24.1.1. Razão social da proponente, CNPJ, endereço completo, inclusive eletrônico (*e-mail*);

- 24.1.2. Apresentar a descrição detalhada dos serviços, com o correspondente valor unitário e total;
- 24.1.3. As propostas terão validade mínima de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data da entrega na Gerência de Aquisição de Bens, Produtos e Serviços (GAPS);
- 24.1.4. Os serviços deverão ser orçados com valores fixos para o período de vigência da contratação, apresentando preços correntes de mercado, sem quaisquer acréscimos de custos financeiros e deduzidos os descontos eventualmente concedidos;
- 24.1.5. A proposta deverá ser apresentada em língua portuguesa e moeda nacional, com somente duas casas decimais após a vírgula;
- 24.1.6. Os preços apresentados nas propostas devem incluir todos os custos e despesas, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos sociais, trabalhistas, seguros, treinamento, lucro, transporte, bem como a entrega e outros necessários ao cumprimento integral do objeto deste Termo de Referência.
- 24.2. A OVG poderá em despacho fundamentado desclassificar propostas que apresentarem valores inexequíveis.

## 25. DO TIPO DO JULGAMENTO

- 25.1. A presente contratação adotará como regime de execução à Empreitada por Menor Preço Global.

## 26. DO PLANEJAMENTO E PRAZO DE ENTREGA

- 26.1. A CONTRATADA deverá realizar reunião presencial com o gestor do contrato e a equipe técnica responsável, nas instalações da OVG, em Goiânia, em local a ser definido pela Gerência de Administração de Pessoal (GAP). A data será acordada entre as partes, e a reunião deverá ocorrer no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar da assinatura do contrato e sua publicação no *site* oficial da OVG. Na ocasião, a CONTRATADA deverá apresentar:
- 26.1.1. As características do produto/prestação do serviço;
- 26.1.2. O planejamento e cronograma das ações, como implantação, divulgação, prazo para a inscrição e prestação do serviço aos beneficiários;
- 26.1.3. A data de início de contagem do prazo para adesão de beneficiários sem carência face à assinatura do contrato.
- 26.1.4. O esclarecimentos a questionamentos técnicos, que porventura houver;
- 26.1.5. O preposto para a coordenação das atividades as questões administrativas e técnicas relacionadas à execução dos serviços contratados;
- 26.1.6. Os canais de atendimento aos Beneficiários, "0800 24 horas", *Chat*, *e-mail* e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, a ser utilizado durante toda a vigência do contrato;
- 26.1.7. O canal de comunicação direto para Preposto (telefone fixo, celular e *e-mail*);
- 26.1.8. Como será disponibilizado o acesso da OVG e dos beneficiários à rede de atendimento.
- 26.2. A CONTRATADA deverá responder formalmente, em até 05 (cinco) dias úteis, os questionamentos que forem apresentados pela OVG.
- 26.3. Os beneficiários que ingressarem no plano de saúde por meio de transferência ou migração contratual terão acesso aos serviços contratados após o cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias a contar da sua inclusão, observando o período de movimentação cadastral do contrato de assistência médica celebrado com a CONTRATADA. As demais adesões seguirão os prazos descritos no item 10.2 (Tabela de Carência).

26.4. A CONTRATADA deverá estar ciente de que o ato do recebimento das prestações do serviço não implicará na aceitação automática de eventuais itens ou condições que apresentem falhas, irregularidades, inconsistências ou características que divirjam das especificações estabelecidas neste Termo de Referência, podendo tais situações ser objeto de questionamento e adequação durante a vigência contratual.

26.5. O recebimento do objeto da contratação será supervisionado por um colaborador designado pela OVG, que atuará como "Gestor do Contrato".

26.5.1. A recusa injustificada da CONTRATADA em entregar o objeto no prazo e/ou quantitativo estipulado caracteriza descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às penalidades previstas neste Termo de Referência;

26.5.2. A proposta da CONTRATADA deverá incluir todos os tributos, encargos e emolumentos incidentes, já estando esses valores contemplados no preço final apresentado para fechamento da proposta.

## 27. DO PAGAMENTO, FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

27.1. O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será custeado em regime de preço preestabelecido (pré-pagamento), caracterizado pelo pagamento antes da utilização das coberturas contratadas pela OVG, exceto nos casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871), situação em que a responsabilidade incumbe ao beneficiário titular.

27.2. A OVG pagará à CONTRATADA até a data do vencimento os valores de inscrição e mensalidades relacionados na Proposta de Adesão por cada beneficiário inscrito, além dos valores relativos à coparticipação e/ou franquia, quando houver, para os procedimentos previstos nas condições gerais e na Proposta de Adesão.

27.3. A CONTRATADA deverá fornecer até o dia 15 de cada mês, o faturamento, onde conste a relação nominal dos colaboradores participantes do plano de saúde e de seus dependentes, para fins de conferência, com os respectivos valores correspondentes à mensalidade e coparticipação, com vistas à elaboração do processo de pagamento.

27.4. A CONTRATADA deverá apresentar a Nota Fiscal/Fatura devidamente preenchida, referente à prestação dos serviços executados e faturados.

27.5. O pagamento será realizado até 5º dia útil do mês subsequente à apresentação da fatura.

27.6. O pagamento será efetuado por meio de transferência bancária para conta corrente. Assim, os participantes deverão informar as informações bancárias, como banco, agência e número da conta.

27.6.1. A conta bancária deverá ser de titularidade da CONTRATADA.

27.7. Deverá acompanhar as notas fiscais, regularidade fiscal e trabalhista exigidas para a contratação.

27.8. Os documentos que apresentarem incorreção, serão devolvidos à CONTRATADA para regularização, reiniciando-se novos prazos para pagamentos, a contar da reapresentação devidamente corrigida.

27.9. Caso o recurso financeiro seja proveniente do Contrato de Gestão, as notas fiscais deverão conter a certificação do gestor designado pela OVG, acompanhada da seguinte anotação: **CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2011-SEAD.**

27.10. As notas fiscais deverão destacar as retenções de impostos conforme legislação, sendo a OVG substituta tributária.

27.11. As empresas optantes do Simples Nacional deverão apresentar declaração informando em qual Anexo está enquadrado.

27.12. Em caso de desenquadramento, a empresa deverá informar ao gestor do contrato antes da emissão da nota fiscal subsequente ao desenquadramento, para a correta retenção de impostos.

## 28. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- 28.1. Reunir-se com o Gestor do Contrato e equipe técnica para a reunião de abertura do contrato.
- 28.2. Cumprir os prazos estabelecidos e aqueles que vierem a ser pactuados após a assinatura do contrato, conforme previsão neste termo de referência.
- 28.3. Apresentar os relatórios previstos neste termo de referência, bem como aqueles que a OVG identifique como necessário para acompanhamento dos serviços prestados.
- 28.4. Substituir o preposto em caso de solicitação da OVG.
- 28.5. Disponibilizar canais de atendimento aos Beneficiários, “0800 24 horas”, *Chat*, *e-mail* e aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*, para atendimento e esclarecimentos aos Beneficiários, a ser utilizado durante toda a vigência do contrato.
- 28.6. Disponibilizar canal de comunicação direto para contato da OVG, para fins de gestão do contrato.
- 28.7. Disponibilizar meios de realizar as adesões e exclusões de forma eletrônica.
- 28.8. Fornecer aos beneficiários, gratuitamente, a carteira de identificação personalizada (digital), cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o acesso aos direitos e vantagens do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, sendo seu uso exclusivo para a utilização dos serviços cobertos pelo respectivo plano.
- 28.9. Disponibilizar, gratuitamente, aos beneficiários, manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas operadoras, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio virtual.
- 28.10. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica junto aos beneficiários por meio da OVG.
- 28.11. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de saúde suplementar e com base no contrato com a OVG.
- 28.12. Zelar pelos aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada.
- 28.13. Após a solicitação da OVG, efetivar a movimentação cadastral, inclusão, exclusão e mudança de faixa etária de beneficiários.
- 28.14. Indicar aos beneficiários os programas de medicina preventiva disponíveis.
- 28.15. Disponibilizar para a OVG as tabelas de valores atualizados dos planos disponibilizados, sempre que houver reajuste de valores.
- 28.16. Comunicar ao Beneficiário Titular e à OVG, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a condição para a perda da qualidade de Beneficiário Dependente.
- 28.17. Proteger o sigilo médico dos beneficiários.
- 28.18. Cumprir os dispositivos da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 (Doc. 68487871), da Resolução Normativa da ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022 (Doc. 68487954); e demais normativos da ANS.
- 28.19. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.
- 28.20. Manter a rede credenciada no quantitativo mínimo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato.

28.21. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à OVG, devendo ressarcir imediatamente a OVG em sua integralidade, ficando a OVG autorizada a descontar dos pagamentos devidos à CONTRATADA, o valor correspondente aos danos sofridos.

28.22. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato.

## 29. DAS OBRIGAÇÕES DA OVG

29.1. Fiscalizar e acompanhar a prestação do serviço/objeto contratual, comunicando à CONTRATADA toda e qualquer deficiência e/ou irregularidade relacionada com a entrega do objeto, diligenciando nos casos que exigirem providências corretivas.

29.2. Divulgar as informações sobre os planos ofertados pela CONTRATADA junto aos empregados.

29.3. Permitir aos profissionais da CONTRATADA o acesso às dependências das sedes da OVG, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do contrato.

29.4. Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela CONTRATADA.

29.5. Avaliar o desempenho do preposto e, na eventualidade de quaisquer problemas, solicitar sua substituição, no que deverá ser prontamente atendida pela CONTRATADA.

29.6. Aferir a qualidade dos serviços prestados.

29.7. Cumprir os prazos acordados.

29.8. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados, desde que autorizados e formalizados por meio de Termo Aditivo do Contrato.

29.9. Manter atualizados os seus dados cadastrais junto à CONTRATADA, para fins e efeitos das condições contratuais ora descritas.

## 30. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

30.1. Considerando que o objeto Termo de Referência se refere a serviços de fornecimento contínuo e a complexidade inerente ao processo de aquisição, conforme disposto no item 15.4 do Regulamento para Aquisição de Bens, Materiais, Serviços, Locações e Importações (Doc. 68451045), o prazo de vigência da prestação de serviços será de **05 (cinco) anos**, contados a partir da última assinatura do contrato, com publicação no site da Transparência da OVG.

30.2. Nos contratos originalmente firmados por prazo superior a 12 (doze) meses, o Gestor do Contrato deverá comprovar a vantajosidade de sua manutenção no prazo de 03 (três) meses antes da data de aniversário do ajuste, conforme a alínea b) do item 15.4 do referido regulamento.

30.3. A OVG reserva-se o direito de extinguir o contrato, sem ônus e sem aviso prévio, em caso de não renovação ou perda do Contrato de Gestão, ou quando entender que o contrato não lhe oferece vantagem, devendo, nessa última hipótese, notificar a empresa contratada com até 30 (trinta) dias de antecedência da data de aniversário do ajuste.

## 31. DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

31.1. A CONTRATADA poderá ser responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

a) Dar causa à inexecução parcial ou total do contrato;

b) Não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

- c) Não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- d) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;
- e) Apresentar declaração ou documentação falsa exigida para a cotação ou a execução do contrato;
- f) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- g) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da cotação.

31.2. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas no parágrafo anterior, as seguintes sanções:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Rescisão contratual;
- d) Impedimento/suspensão de contratar com a OVG, pelo período de até 02 (dois) anos.

31.3. A aplicação da sanção de multa no caso de inexecução parcial não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato.

31.4. O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a CONTRATADA à multa de 0,5% (cinco décimos por cento) ao dia de atraso, incidente sobre o valor do contrato, podendo acarretar sua rescisão unilateral.

31.5. Se o total das multas atingir valor igual a 30% (trinta por cento) do valor total deste contrato, este será rescindido de pleno direito, a exclusivo critério da CONTRATANTE, sem prejuízo da apuração de perdas e danos.

31.6. A sanção prevista no caso de inexecução total será calculada na forma do item 31.3 impedirá a pessoa física/jurídica de contratar com a OVG pelo período de até 02 (dois) anos.

31.7. Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela OVG ao contratado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada administrativa ou judicialmente.

31.8. As multas serão descontadas ex-officio, de qualquer crédito da CONTRATADA existente na CONTRATANTE, em favor desta última. Na inexistência de créditos que respondam pelas multas, a CONTRATADA deverá recolhê-las nos prazos que a CONTRATANTE determinar, sob pena de cobrança judicial.

31.9. A aplicação das sanções não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à OVG.

31.10. Na aplicação das sanções previstas no item 31.2 dessa cláusula, será facultada a apresentação defesa do interessado no prazo de até 05 (cinco) dias, contados a partir da sua ciência.

31.11. Após as aplicações de penalidades cabíveis, serão adotadas as medidas necessárias para o registro do impedimento ou representação ao Ministério Público, conforme o caso.

31.12. As sanções previstas nesta cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente, de acordo com a gravidade do inadimplemento.

## **32. DA IMPUGNAÇÃO E DO RECURSO ADMINISTRATIVO**

32.1. O procedimento de aquisição de bens, serviços, locações, importações e alienações é passível de impugnação por irregularidade na aplicação do Regulamento para Aquisição de Bens, Materiais, Serviços, Locações e Importações (Doc. 68451045), ou solicitação de esclarecimentos, devendo

o pedido ser encaminhado via *e-mail* ao Gerência de Aquisição de Bens, Produtos e Serviços - GAPS até 24 (vinte e quatro) horas antes do encerramento do prazo para apresentação das propostas.

32.1.1. A resposta à impugnação ou pedido de esclarecimento será encaminhada via *e-mail* ao interessado.

32.2. O fornecedor ou prestador de serviço que não concordar com o resultado da habilitação/inabilitação e/ou do julgamento das propostas terá o prazo de 02 (dois) dias, contados a partir da comunicação da respectiva decisão para a propositura do recurso.

32.2.1. Nos demais casos, o prazo recursal de 02 (dois) dias dar-se-á a partir da publicação do contrato.

### **33. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

33.1. A gestão/fiscalização do Contrato ficará a cargo do setor solicitante da contratação ou a quem a Diretoria indicar, conforme descrito no item 16 do Regulamento para Aquisição de Bens, Materiais, Serviços, Locações e Importações (Doc. 68451045).

### **34. DISPOSIÇÕES FINAIS**

34.1. O presente processo não importa necessariamente em contratação, podendo a OVG revogá-lo, no todo ou em parte, por razões de interesse privado, mediante ato escrito e fundamentado disponibilizado no *site* para conhecimento dos participantes. A OVG poderá, ainda, prorrogar, a qualquer tempo, os prazos para recebimento das propostas ou para sua abertura.

34.2. O fornecedor/prestador de serviço é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase do processo. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará na sua imediata desclassificação, ou caso tenha sido o vencedor, a rescisão do contrato ou da ordem de compra/serviços, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

34.3. É facultado à OVG, em qualquer fase da contratação, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

34.4. Os fornecedores/prestadores de serviços intimados para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pela Gerência de Aquisição de Bens, Produtos e Serviços (GAPS), sob pena de desclassificação.

34.5. As normas que disciplinam este Termo de Referência serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os proponentes, desde que não comprometam o interesse da OVG, a finalidade e a segurança da contratação.

34.6. A documentação apresentada pelos participantes fará parte do processo e não será devolvida ao proponente.

34.7. Caso de rescisão contratual por descumprimento das obrigações pactuadas, a OVG poderá convocar o segundo colocado na ordem de classificação da cotação, caso o valor esteja dentro do "preço de referência" e entendendo ser vantajoso para a organização.

34.8. A empresa contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato e, no caso particular de obra, reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento).

34.9. Os casos omissos neste Termo de Referência serão tratadas pela Diretoria Geral (DIGER) e Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF), à qual a GAPS está subordinada.

34.10. A OVG poderá adotar por analogia, quando necessário, normas gerais de contratações disciplinadas por legislação pertinente.

34.11. O vencedor da cotação será declarado após Despacho favorável da Gerência de Controle Interno (GCI) da OVG, Parecer favorável da Assessoria Jurídica (ASJUR) e assinatura da ordem de compras ou contrato.

34.12. Para assinatura do contrato e/ou ordem de compras, a empresa (representante legal responsável) deverá possuir assinatura digital/eletrônica, preferencialmente, cadastro no SEI GOIÁS – Sistema Eletrônico de Informações do Estado de Goiás.

34.12.1. O cadastro no SEI GOIÁS poderá ser realizado através do link: [https://sei.goias.gov.br/como\\_se\\_cadastrar-externo.php](https://sei.goias.gov.br/como_se_cadastrar-externo.php)

34.13. A Gerência de Aquisição de Bens, Produtos e Serviços - GAPS estará disponível para atender os interessados durante o horário comercial, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O atendimento será realizado na sala da GAPS, localizada Avenida T-14, n.º 249, Setor Bueno - CEP: 74.230-130 - Goiânia/GO, com Telefone de Contato (62) 3201-9496.



Documento assinado eletronicamente por **ROGERIO GOMES DA SILVA, Gerente**, em 31/03/2025, às 08:53, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA BERNADETE SOUZA NAPOLI DE SIQUEIRA, Gerente**, em 31/03/2025, às 09:19, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **72562441** e o código CRC **72E00D0D**.

GERÊNCIA DE PROGRAMAÇÃO DE COMPRAS

AV. T-14 249, S/C - Bairro SETOR BUENO - GOIÂNIA - GO - CEP 74230-130 - (62)3914-6681.



Referência: Processo nº 202400058007056



SEI 72562441