



ORGANIZAÇÃO
DAS VOLUNTÁRIAS
DE GOIÁS

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

TERMO DE REFERÊNCIA

PROCESSO N.º 202500058003213

TERMO DE REFERÊNCIA N.º 069/2025

A ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS – OVG, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social (OS), com sede na Avenida T-14, n.º 249, Setor Bueno, CEP 74.230-130, nesta Capital, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.106.664/0001-65, doravante denominada CONTRATANTE, vem por meio deste Termo de Referência, apresentar as especificações para a contratação de empresa para o fornecimento do objeto descrito neste documento, 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](http://www.ovg.org.br), 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 da contratação de operadora para a oferta e gestão de **plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial**, com abrangência na Região Metropolitana de Goiânia. O plano deverá prever coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre os valores de consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA), destinado aos empregados da CONTRATANTE e seus respectivos 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 presente contratação observará 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 assegurando a prestação dos serviços essenciais de saúde.
- 2.3. Além de atuar na prevenção de doenças por meio de consultas e exames, o plano de saúde constitui um importante incentivo à motivação e ao comprometimento dos colaboradores, integrando o conjunto de benefícios oferecidos pela organização.
- 2.4. A modalidade de coparticipação, estabelecida em 30% (trinta por cento) sobre consultas, exames, terapias e Guias de Tratamento Ambulatorial (GTA), visa otimizar os índices de utilização, preservar a sustentabilidade financeira do benefício e respeitar a capacidade orçamentária da CONTRATANTE.
- 2.5. Essa contratação assegura o acesso contínuo a serviços de saúde de qualidade, valorizando os recursos humanos e contribuindo diretamente para o aumento da produtividade institucional.
- 2.6. A contratação justifica-se ainda pela impossibilidade de novas adesões ao plano de saúde atualmente disponibilizado pelo Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás – Ipasgo 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 oferta e gestão de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial para a prestação contínua de serviços médico-hospitalares, abrangendo:</p> <p>a) Serviços ambulatoriais;</p> <p>b) Serviços laboratoriais;</p> <p>c) Realização de exames complementares — incluindo os de alta complexidade;</p> <p>d) serviços auxiliares de diagnóstico, terapias, internações e obstetrícia;</p> <p>e) Cobertura dos custos assistenciais e atendimento de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Móvel, nas modalidades terrestres — com atendimento na cidade de Goiânia — e aeromédica, esta última aplicável para distâncias superiores a 500 km (quinhentos quilômetros);</p> <p>f) Aplicação de coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre consultas, exames, terapias e GTA, abrangendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com foco no tratamento de todas as doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS). A cobertura observará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas Diretrizes de Utilização vigentes à época do evento, bem como os anexos da Resolução Normativa específica, editados e atualizados pela ANS.</p>	Serv.	318	71
3.2.	<p>a) Coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre consultas, exames, terapias e GTA, limitada ao valor máximo de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimento.</p>	Serv.		
Total			318	71

3.3. O plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletivo empresarial, deverá oferecer cobertura para atendimentos eletivos em toda a rede credenciada, com área de abrangência estendendo-se à Região Metropolitana de Goiânia. Deverá incluir, ainda, serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Móvel, nas modalidades terrestres — com atendimento na cidade de Goiânia — e aeromédica, esta última aplicável para distâncias superiores a 500 km (quinhentos quilômetros).

3.4. O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será destinado exclusivamente aos beneficiários definidos neste Termo de Referência, com **adesão voluntária e opcional**, nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022, da ANS.

3.5. A proposta apresentada pela operadora de plano de saúde interessada deverá contemplar obrigatoriamente a prestação dos serviços de UTI Móvel, tanto terrestre quanto aeromédico, conforme as exigências descritas neste Termo de Referência.

3.6. A coparticipação do beneficiário será de 30% (trinta por cento) sobre consultas limitada ao custo máximo de R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta, podendo este valor ser ajustado durante a vigência contratual, conforme disposto no item 23 deste Termo de Referência.

3.7. Para exames, terapias e GTA, a coparticipação será de 30% (trinta por cento), limitada a até R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimento, podendo este valor ser ajustado durante a vigência contratual, conforme disposto no item 23 deste Termo de Referência.

3.8. Internações não estarão sujeitas à cobrança de coparticipação, exceto nas internações psiquiátricas que ultrapassarem o período de 30 (trinta) dias, quando poderá ser cobrada coparticipação de até 50% (cinquenta por cento) sobre as diárias excedentes.

4. CONDIÇÕES PARA OS BENEFICIÁRIOS

4.1. A CONTRATADA deverá apresentar proposta de cobertura para os serviços especificados neste Termo de Referência, observando integralmente as condições aqui estabelecidas para a execução do objeto contratual. A adesão dos beneficiários ativos será de caráter **facultativo e voluntário**. Deverão ser ofertadas, duas modalidades de plano de assistência à saúde coletivo empresarial, ambas com coparticipação, conforme descrito a seguir:

4.1.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, destinado a titulares e seus dependentes legais, **com acomodação em enfermaria (básico)**. A abrangência do atendimento eletivo deverá contemplar a Região Metropolitana de Goiânia, incluindo também serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva

(UTI) móvel terrestre e aeromédico;

4.1.2. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, destinado a titulares e seus dependentes legais, **com acomodação em apartamento individual com banheiro privativo (especial)**. A abrangência do atendimento eletivo deverá contemplar a Região Metropolitana de Goiânia, incluindo também serviços de urgência e emergência, com suporte de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel terrestre e aeromédico;

4.2. Caso o Beneficiário Titular opte pela modalidade de plano especial (apartamento), a CONTRATANTE efetuará o repasse do valor correspondente ao subsídio praticado para o plano básico (enfermaria). A diferença de custo entre as modalidades será de responsabilidade exclusiva do Beneficiário Titular, aplicando-se ao grupo familiar de forma integral.

4.3. O tipo de plano escolhido pelo Beneficiário Titular deverá ser o mesmo para todos os integrantes do seu 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 privado de assistência à saúde coletivo empresarial dentro do prazo legal, conforme os artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e Resolução Normativa n.º 488, de 29 de março de 2022, e empregados que, após a adesão ao plano, passem temporariamente à condição de inativos;

5.1.2. **Beneficiário Dependente:** Serão considerados membros do grupo familiar do Beneficiário Titular, desde que por ele autorizados, o cônjuge ou companheiro(a), assim reconhecido(a) legalmente ou quando houver filho(s) fruto da união de ambos; os filhos até 30 (trinta) anos completos; as pessoas indicadas no inciso III do artigo 4º do Código Civil Brasileiro (III – aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade); os enteados até 30 (trinta) anos completos, desde que o cônjuge e/ou companheiro(a) do titular esteja inscrito como dependente; o menor sob guarda ou tutela judicial do titular, cuja condição de dependência se estenderá até 30 (trinta) anos completos; e as pessoas declaradas judicialmente como dependentes econômicos do Beneficiário Titular.

5.1.2.1. Filho(s) ou enteado(s) com idade entre 18 (dezoito) e 30 (trinta) anos completos não farão jus ao subsídio da CONTRATANTE, exceto se, até os 24 (vinte e quatro) anos completos, estiverem regularmente matriculados em cursos de nível superior;

5.1.2.2. Filho(s) ou enteado(s) solteiro(s), de qualquer idade, fará jus ao subsídio da CONTRATANTE quando comprovadamente for portador(a) de incapacidade física ou mental permanente que o(a) impossibilite para o trabalho.

5.1.3. **Grupo Familiar:** Conjunto de beneficiários, incluindo titulares e dependentes;

5.1.4. **Faixas Etárias:** As mensalidades são faturadas conforme a idade do beneficiário, conforme 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;

5.1.5. **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;

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

- 5.1.7. **Abrangência da Rede:** Localidades em que a operadora CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada;
- 5.1.8. **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;
- 5.1.9. **Atendimento de Urgência:** Evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- 5.1.10. **Remoção:** Ato de remover pessoas, seja do ambiente doméstico para o hospital ou de via pública para o ambiente hospitalar;
- 5.1.11. **Coparticipação:** Consiste no pagamento, pela CONTRATANTE à CONTRATADA, de uma parcela da despesa assistencial relativa aos procedimentos cobertos pelo plano, conforme definido contratualmente. Essa parcela será previamente estipulada, podendo ser fixada em **valor fixo ou percentual**, e incidirá apenas sobre os procedimentos especificados. O valor correspondente à coparticipação será descontado diretamente da remuneração mensal dos colaboradores beneficiários do plano, sendo obrigação da CONTRATADA repassar integralmente à CONTRATANTE todos os valores efetivamente faturados a título de coparticipação;
- 5.1.12. **Subsídio:** O valor mensal a ser repassado à CONTRATADA, com recursos da CONTRATANTE, destina-se ao custeio parcial do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial e será calculado conforme a faixa etária e a faixa salarial do Beneficiário Titular, bem como a faixa etária do(s) Beneficiário(s) Dependente(s) eventualmente incluído(s);
- 5.1.13. **Mensalidade:** Valor total mensal que inclui o subsídio e a coparticipação, referente a todo o grupo familiar;
- 5.1.14. **Gestor do Contrato:** A CONTRATANTE indicará formalmente um representante responsável pela interlocução junto à CONTRATADA para tratar de todos os assuntos relacionados à execução do contrato, incluindo questões operacionais, administrativas, técnicas e de fiscalização do objeto contratual.

6. ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS

- 6.1. O quantitativo **estimado** de adesões é de 389 (trezentos e oitenta e nove) pessoas, conforme levantamento realizado com base no número de empregados ativos e seus respectivos dependentes cadastrados, conforme detalhado no **Anexo I – Beneficiários Estimados** (Doc. 74809204).
- 6.2. A adesão ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será de caráter **exclusivamente voluntário**, ficando inteiramente a critério do próprio beneficiário. Não haverá, por parte da CONTRATANTE, qualquer tipo de interferência, imposição ou obrigatoriedade quanto à decisão de adesão, respeitada a livre escolha do empregado em participar ou não do plano ofertado.
- 6.3. Visando fomentar a adesão mínima necessária à sustentabilidade do contrato, a CONTRATANTE compromete-se a divulgar amplamente, por meio de seus canais internos de comunicação, as informações relativas ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ofertado.
- 6.4. A CONTRATANTE disponibilizará espaço físico adequado, elaborará material visual de apoio e realizará a divulgação no *mailing* institucional dos colaboradores, de modo a viabilizar a realização de apresentações presenciais pela CONTRATADA, com o intuito de apresentar os benefícios do plano, esclarecer dúvidas e fornecer orientações quanto ao processo de adesão.

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 subsequente 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 beneficiários ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto desta contratação é voluntária e restrita exclusivamente aos empregados ativos.
- 8.1.1. É vedada a adesão e troca de operadora para o plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto desta contratação por empregados, ex-empregados, aposentados e seus respectivos dependentes, provenientes de outras operadoras registradas na ANS, que estejam segurados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou que se encontrem sob cuidados médico-hospitalares domiciliares.
- 8.2. A adesão ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será permitida, após aprovação da viabilidade econômica pela CONTRATANTE.
- 8.3. Após validação econômica pela CONTRATANTE, os pedidos de adesão serão encaminhados à CONTRATADA, que deverá concluir o processo e comunicar oficialmente à CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias úteis.

9. **EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**

- 9.1. O Beneficiário Titular será excluído do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial nos seguintes casos:
- 9.1.1. Por falecimento;
- 9.1.2. Por demissão, ressalvada a possibilidade de permanecer no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, nos termos do § 1º do artigo 30 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998;
- 9.1.3. Quando este solicitar a sua exclusão;
- 9.1.4. Outras situações previstas em Lei ou normas do órgão regulador;
- 9.1.5. Concessão de licença sem vencimentos ou aposentadoria por invalidez;
- 9.2. O Beneficiário Dependente será excluído do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial objeto dessa contratação nos seguintes casos:
- 9.2.1. Por falecimento;
- 9.2.2. Quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído;
- 9.2.3. Quando o titular perder a condição de beneficiário;
- 9.2.4. Quando o dependente perder a condição de beneficiário;
- 9.2.5. A pedido formal do titular;
- 9.3. Ressalvadas as situações previstas no item 9.1 e 9.2, a exclusão do Beneficiário (Titular ou Dependente) se dará, também, por:
- 9.3.1. Fraude ideológica ou documental na utilização do plano contratado ou na qualificação dos dependentes declarados;
- 9.3.2. Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato estabelecido.
- 9.3.3. Decisão em processo administrativo ou judicial;
- 9.4. As solicitações de exclusão de beneficiários do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial deverão ser realizadas eletronicamente pela CONTRATANTE e concluídas pela CONTRATADA, que deverá comunicar à CONTRATANTE em até 30 (trinta) dias úteis;
- 9.5. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do beneficiário será de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE;
- 9.5.1. Assim que for cobrada pela utilização do serviço, a CONTRATANTE efetuará o repasse do valor correspondente ao titular.
- 9.6. A exclusão do Beneficiário Titular implicará na exclusão de todos os seus Beneficiários Dependentes;
- 9.7. É responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar formalmente a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de manutenção ou quando não houver mais o interesse de mantê-los no plano;
- 9.8. Na hipótese de falecimento do Beneficiário Titular ou Dependente, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento.

10. **CARÊNCIA**

- 10.1. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência nos contratos cuja contratação inicial contemple número igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, desde que o beneficiário formalize seu pedido de inclusão no plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de celebração do contrato coletivo empresarial.
- 10.2. Será exigido o cumprimento dos prazos de carência nos contratos cuja contratação inicial contemple número inferior a 30 (trinta) beneficiários, observadas as disposições regulamentares aplicáveis.
- 10.3. As adesões realizadas após o prazo previsto no subitem 10.1 estarão sujeitas ao cumprimento dos 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 e sua regulamentação, conforme cláusula específica sobre o tema descrito nesse instrumento	24 horas
Consultas	180 dias

PROCEDIMENTO	TEMPO
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

10.4. 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:

10.4.1. 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;

10.4.2. 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;

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

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

10.5. 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.

10.6. 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.

10.7. 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 e n.º 566, de 29 de dezembro de 2022, e as que lhes sucederem.

10.8. 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.

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 anestesiológista 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 similar a 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;

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, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas em Resolução Normativa específica, estarão excluídos da cobertura do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial 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, excepcionadas:

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 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 de 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 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 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;
- 13.1.39. Tratamento e atendimento ambulatorial e/ou hospitalar realizados em prestadores classificados como de alto custo ou que adotem tabela própria.

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.

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, o inciso IX do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa n.º 558, de 14 de dezembro de 2022 e suas atualizações.

14.3. Constatada, por meio de perícia médica, entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão preexistente que possa ensejar a necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos, utilização de leitos de alta tecnologia ou de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA deverá oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), nos termos da legislação vigente, podendo, a seu critério, ser-lhe facultada a oferta de agravo, nos casos em que couber.

14.4. Entende-se por Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão, por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de contratação ou de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, exclusivamente quando relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal, nos termos da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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 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.

17.8. Os valores a serem reembolsados ao beneficiário serão aqueles previstos nas tabelas de remuneração e de pagamento aos prestadores de serviços da operadora, observadas as condições contratuais e regulamentares vigentes, sendo deduzidos os valores correspondentes à coparticipação e/ou franquia, quando houver incidência de fator moderador sobre os procedimentos realizados.

18. **REDE CREDENCIADA**

18.1. A 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 400 (quatrocentas) clínicas, hospitais e laboratórios, além de contar com uma equipe de mais de 2.600 (dois mil e seiscentos) médicos na região atuação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial.

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. 74809204).

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. 74809204).

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 CONTRATANTE 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. As empresas interessadas em participar do processo deverão:

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 e todas as Resoluções Normativas da ANS vigentes.

19.4. As empresas interessadas em participar do processo deverão 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. As empresas interessadas em participar do processo deverão apresentar relação que demonstre o cumprimento integral da rede credenciada exigida de no mínimo de **400 (quatrocentas) clínicas, hospitais e laboratórios e mais de 2.600 (dois mil e seiscientos) médicos.**

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 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 CONTRATANTE, bem como com os elencados no artigo 08-C da Lei n.º 15.503, de 28 de dezembro de 2005, 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 CONTRATANTE deverá receber, **fatura** em arquivo eletrônico, contendo as informações sobre os Beneficiários Titulares e Dependentes, 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, a CONTRATADA deverá disponibilizar a todos os beneficiários, por meio de envio em formato PDF para o *e-mail* cadastrado ou por *download* em seu *site*, arquivo contendo o total das mensalidades e coparticipações pagas pelos empregados ao longo do ano, discriminadas por tipo de beneficiário (titular ou dependente), para fins de declaração do Imposto de Renda.

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 CONTRATANTE e a CONTRATADA.

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

22. SIGILO, INVIOLABILIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

22.1. A CONTRATANTE e a CONTRATADA, além de se comprometerem a guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato, obrigam-se a adotar as melhores práticas para cumprimento da legislação vigente — ou que venha a entrar em vigor — relativa à proteção de dados, comprometendo-se, inclusive, a adequar-se à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 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 em conformidade com a legislação vigente, especialmente nos termos da Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), com o objetivo de assegurar a efetiva proteção dos dados coletados de pessoas naturais identificadas ou identificáveis. O uso desses dados será limitado aos fins necessários à consecução do objeto do contrato ou aos limites do consentimento previamente e 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE, não podendo, nomeadamente, transmiti-los a terceiros.

22.7. A CONTRATANTE não compartilhará quaisquer dados de pessoas naturais, exceto nas hipóteses expressamente previstas na Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), que autorizam o tratamento e o compartilhamento sem a necessidade de 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 CONTRATANTE, serão comunicadas aos titulares, bem como a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

22.9.1. 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

22.9.2. Cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

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

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

22.9.5. 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, os períodos de carência e a carga tributária incidente sobre as cooperativas de trabalho médico. Qualquer alteração nesses fatores, bem como eventuais atualizações no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), poderá implicar a revisão dos valores contratados, com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, desde que previamente negociada e formalizada por meio de termo aditivo entre as partes.

23.2. O reajuste do contrato poderá seguir critérios distintos conforme a quantidade de beneficiários.

23.3. Deverão ser realizados reajustes conforme critérios econômicos e técnicos.

23.4. Os reajustes econômico e/ou técnico serão aplicados anualmente.

23.5. Reajuste Econômico

23.5.1. 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.

23.5.2. 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.

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

23.6. **Reajuste Técnico**

23.6.1. 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.

23.6.2. A depender da quantidade de beneficiários no contrato ou de critérios estabelecidos, a análise da sinistralidade poderá ter com base a proporção entre as Despesas Assistenciais e as Receitas Diretas da carteira de agrupamento de contratos coletivos da operadora, apuradas em período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando por base os meses de Março a Fevereiro do ano subsequente.

23.6.3. Na hipótese de constatar a necessidade de aplicação de reajuste técnico (RT), o índice estipulado do reajuste econômico será adicionado ao reajuste técnico.

23.7. Outras considerações sobre o reajuste

23.7.1. A depender da quantidade de vidas e de critérios estabelecidos, o contrato poderá ser enquadrado na carteira de contratos coletivos da operadora, e neste caso, o percentual de reajuste do contrato será o da carteira de agrupamento de contratos coletivos da operadora, sendo aplicado no mês de aniversário do contrato, no período compreendido entre os meses de MAIO de cada ano a ABRIL do ano imediatamente subsequente.

23.7.2. O percentual de reajuste será único para todos os contratos do agrupamento de contratos coletivos.

23.7.3. Além dos reajustes econômicos e técnicos, cada beneficiário terá seu contrato reajustado quando da alternância da faixa etária, conforme variação descrita na proposta de preço a ser apresentada ou em decorrência de migração ou adaptação do contrato à Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, ou se a legislação vier a permitir.

23.7.4. 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.

23.7.5. 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.

23.7.6. Definições relacionados sobre o número de vidas ou critérios para participação no agrupamento de contrato da operadora, o prazo para negociações, a pagamentos após o prazo de negociações ou após a resilição, entre outras especificidades relacionadas ao reajuste deverão constar no contrato de adesão a ser firmado junto a operadora do plano de saúde.

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 deverão considerar todas as informações disponíveis à CONTRATADA e refletir, de forma clara e precisa, a totalidade dos custos e despesas necessários ao fiel cumprimento do objeto deste Termo de Referência, incluindo, mas não se limitando a: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, serviços, encargos sociais e trabalhistas, seguros, treinamentos, margem de lucro, transporte, entrega, bem como quaisquer outros encargos indispensáveis à execução integral das obrigações contratadas.

24.2. A CONTRATANTE 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 CONTRATANTE, em Goiânia. 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 CONTRATANTE. 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. Os esclarecimentos a questionamentos técnicos, que porventura houver;
- 26.1.5. O preposto atuará na coordenação das atividades e nas questões administrativas e técnicas referentes 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE.
- 26.3. 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 diverjam das especificações estabelecidas neste Termo de Referência, podendo tais situações ser objeto de questionamento e adequação durante a vigência contratual.
- 26.4. O recebimento do objeto da contratação será supervisionado por um colaborador designado pela CONTRATANTE, que atuará como "Gestor do Contrato".
- 26.4.1. 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;
- 26.4.2. 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 CONTRATANTE, exceto nos casos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, situação em que a responsabilidade incumbe ao beneficiário titular.
- 27.2. A CONTRATANTE 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 (quinze) 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 a CONTRATADA poderá ser efetuado por meio de transferência bancária ou por meio de boleto bancário, conforme meio disponibilizado pela CONTRATADA. Para a opção de transferência, a CONTRATADA deverá informar previamente os dados bancários completos, incluindo o nome do banco, número da agência e número da conta corrente.
- 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 CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE 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, as empresas deverão 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 CONTRATANTE identifique como necessário para acompanhamento dos serviços prestados.
- 28.4. Substituir o preposto em caso de solicitação da CONTRATANTE.
- 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 CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE.
- 28.11. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de saúde suplementar e com base no contrato com a CONTRATANTE.
- 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 CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE as tabelas de valores atualizados dos planos disponibilizados, sempre que houver reajuste de valores.
- 28.16. Comunicar ao Beneficiário Titular e à CONTRATANTE, 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 nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da Resolução Normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022, ambas da ANS, bem como os demais normativos emitidos por essa Agência.
- 28.19. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.
- 28.20. Cumprir os dispositivos da Resolução Normativa n.º 585, de 18 de agosto de 2023, que trata das alterações na rede assistencial hospitalar, especialmente no que se refere à substituição de entidades hospitalares e ao redimensionamento da rede por redução.
- 28.21. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à CONTRATANTE, devendo ressarcir imediatamente a CONTRATANTE em sua integralidade, ficando a CONTRATANTE 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 CONTRATANTE**

- 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 o acesso dos profissionais da CONTRATADA às dependências da CONTRATANTE, mediante prévia autorização, com a finalidade de orientar os Beneficiários quanto aos procedimentos de utilização e às normas de funcionamento dos benefícios decorrentes do contrato firmado.
- 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. 74809222), 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 CONTRATANTE.

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 CONTRATANTE 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 CONTRATADA com até 30 (trinta) dias de antecedência da data de aniversário do ajuste.

31. **DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

31.1. A CONTRATADA que, injustificadamente, deixar de cumprir as obrigações assumidas ficará sujeita às medidas previstas no item 17 do Regulamento para Aquisição de Bens, Serviços, Locações, Importações e Alienações da CONTRATANTE (Doc. 74809222).

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, Serviços, Locações, Importações e Alienações (Doc. 74809222), 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 CONTRATANTE indicar, conforme descrito no item 16 do Regulamento para Aquisição de Bens, Serviços, Locações, Importações e Alienações (Doc. 74809222).

34. **DISPOSIÇÕES FINAIS**

34.1. O presente processo não importa necessariamente em contratação, podendo a CONTRATANTE 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE 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 CONTRATADA obriga-se a aceitar, nas mesmas condições pactuadas, os acréscimos ou supressões que venham a ser realizados nos serviços, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato e, no caso específico de obras, reformas de edifícios ou de equipamentos, até o limite de 50% (cinquenta por cento), conforme previsto na legislação vigente.

34.8.1. O limite ora referido diz respeito ao aumento orçamentário destinado à OVG para pagamento à CONTRATADA, em razão do acréscimo no número de adesões ao plano de saúde — além da quantidade inicialmente estimada. Ressalta-se que os custos por pessoa, conforme faixa etária, permanecem inalterados, conforme proposta apresentada pela CONTRATADA durante o processo de contratação. Dessa forma, os valores finais (calculados com base no valor por colaborador multiplicado pelo número de colaboradores) poderão ser reajustados em decorrência da variação no número total de beneficiários.

34.9. No ato da assinatura do contrato de prestação de serviços, as equipes da CONTRATANTE e da CONTRATADA deverão se reunir para análise e alinhamento das cláusulas contratuais, com o objetivo de assegurar a conformidade legal e o pleno entendimento das obrigações pactuadas.

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

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

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

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

34.13.1. O cadastro no SEI GOIÁS poderá ser realizado através do link: https://sei.goias.gov.br/como_se_cadastrar-externo.php

34.14. 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 17/06/2025, às 09:39, 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 17/06/2025, às 09:53, 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 informando o código verificador **75901905** e o código CRC **6C4EF030**.

GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
AVENIDA T-14 249, S/C - Bairro SETOR BUENO - GOIANIA - GO - CEP 74230-130 - (62)3201-9405.



Referência: Processo nº 202500058003213



SEI 75901905