



TERMO DE REFERÊNCIA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE EM GRUPO Processo nº 027/2016

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência visa detalhar os elementos necessários à contratação de operadora de Plano de Saúde, que lograr êxito em procedimento licitatório pertinente, destinada à prestação de serviços de assistência médica, hospitalar, métodos complementares de diagnósticos e tratamentos, e serviços auxiliares, na modalidade de Plano ou Seguro Saúde Coletivo, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstétrico, estabelecidos nos incisos I, II e III do artigo 12 da Lei nº. 9.656/98 para o grupo correspondente a servidores e funcionários do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região.

2. ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS

2.1. A estimativa de beneficiários é de 08 (oito), número que pode variar ao longo do contrato, visto que a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano de saúde.

BENEFICIÁRIOS		
Faixa Etária	Servidores	Dependentes
29 a 33 anos	03	0
34 a 38 anos	01	0
44 a 48 anos	02	0
49 a 53 anos	01	0
54 anos ou mais	01	0
Subtotal	08	0
TOTAL	08	

3. DO CUSTO TOTAL

3.1. O custo total estimado do serviço, tomará como base o valor apresentado pelas empresas que apresentaram proposta, referente a 12 meses de contratação.

4. PRAZO DE VIGÊNCIA:

4.1. O prazo de vigência do contrato celebrado com a empresa vencedora do presente certame licitatório será de 12 (doze) meses, ressalvada a possibilidade de prorrogação do contrato, de acordo com o inc. II do art. 57 da Lei 8.666/93, considerada a maior vantagem para a Administração.

5. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO:

5.1 A contratação visa proporcionar assistência médica complementar, prevista no artigo 230 da Lei nº. 8.112/90, aos servidores ativos e respectivos dependentes deste Regional,



assegurando a prestação de assistência médica através de plano saúde coletivo de cobertura em todo território nacional.

6. LEGISLAÇÃO PERTINENTE:

6.1 A prestação do serviço será regida pela legislação pertinente, em especial, pela Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, pelos Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como pelas leis 8.666/93 e 10.520/2002 e pelos decretos 5.450/2005 e 3.555/2000.

7. PARTICIPANTES:

7.1. São considerados beneficiários dos serviços, para fins do presente Termo de Referência:

7.1.1. Titulares I – servidores;

7.1.2. Dependentes, sendo opcional pelo servidor, com desconto em folha de pagamento:

I - cônjuge ou companheiro (a);

II – filhos(as) ou enteados(as), solteiros(as) que vivam sob dependência econômica do titular;

III - filhos inválidos de qualquer idade, enquanto perdurar a invalidez;

IV – Pai e mãe;

V – Menor de 21 anos que, mediante autorização judicial, viva na companhia e às expensas do titular.

8. DO PLANO:

8.1. O plano deve compreender assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive obstétrica, com abrangência em todo território nacional, com internações em enfermaria com banheiro, com direito a acompanhante permanente no caso de paciente menor de 18 anos, ou igual ou superior a 60 anos, portadores de necessidades especiais também têm esse direito, se o médico assistente recomendar. São exceções os casos de CTI - nesse ambiente, não é possível contar com acompanhante, além dos demais casos fora das supracitadas .

9. REDE CREDENCIADA MÍNIMA:

9.1 HOSPITAIS GERAIS - A Contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em no mínimo 02 (dois) hospitais gerais, credenciados ou próprios, que abranjam diversas especialidades, inclusive com unidade de terapia intensiva (UTI), em todas as capitais das unidades federativas.

9.1.1 Na sede do CONTRATANTE (Campo Grande -MS), a contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 02 (dois) hospitais gerais, credenciados ou próprios, que abranjam diversas especialidades, inclusive com unidade de terapia intensiva (UTI);

9.2 MATERNIDADES – A Contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 02 (uma) maternidade, credenciada ou própria, com unidade de terapia intensiva (UTI), em todas as capitais das unidades federativas.

9.2.1 Na sede do CONTRATANTE (Campo Grande - MS) a oferta deverá ser de, no mínimo, 01 (uma) maternidades, sendo 01 (uma) com unidade de terapia intensiva.

9.3 CLÍNICAS E CENTROS MÉDICOS - A contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 04 (quatro) estabelecimentos em todas as capitais das unidades federativas, à exceção da sede da CONTRATANTE (Campo Grande - MS) que deverá ser de, no mínimo, 50 (cinquenta) estabelecimentos.



9.3.1 Na sede do CONTRATANTE (Campo Grande - MS) a contratada deverá oferecer as seguintes clínicas especializadas:

9.3.1.1 CARDIOLOGIA – No mínimo, 04 (quatro) clínicas, sendo 01 (uma) com atendimento de urgência e emergência 24 horas;

9.3.1.2 ORTOPEDIA – No mínimo, 03 (três) clínicas, sendo 01 (uma) com atendimento de urgência e emergência 24 horas;

9.3.1.3 OTORRINOLARINGOLOGIA – No mínimo, 04 (quatro) clínicas, sendo 02 (duas) com atendimento de urgência e emergência 24 horas;

9.3.1.4 OFTALMOLOGIA – No mínimo, 04 (quatro) clínicas, sendo 01 (uma) com atendimento de urgência e emergência 24 horas;

9.3.1.5 UROLOGIA – No mínimo, 01 (uma) clínica;

9.3.1.6 ONCOLOGIA – No mínimo, 01 (uma) clínica;

9.3.1.7 PEDIATRIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas, sendo 01 (uma) com atendimento de urgência e emergência 24 horas;

9.3.1.8 NEFROLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas;

9.3.1.9 FISIOTERAPIA – No mínimo, 07 (sete) clínicas, sendo 03 (três) respiratórias, 04 (quatro) motoras;

9.3.1.10 PSICOLOGIA – No mínimo, 02 (duas) clínicas.

9.4. LABORATÓRIOS:

9.4.1 Análises Clínicas – A contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 04 (quatro) estabelecimentos em todas as capitais das unidades federativas.

9.4.1.1 Na sede do CONTRATANTE (Campo Grande - MS), a contratada deverá oferecer, no mínimo, 10 (dez) laboratórios de análises clínicas, credenciados ou próprios.

9.4.2 Anatomia Patológica – A contratada deverá, obrigatoriamente, oferecer serviços em, no mínimo, 02 (dois) estabelecimentos em todas as capitais das unidades federativas.

9.4.2.1 Na sede do CONTRATANTE (Campo Grande – MS), a contratada deverá oferecer, no mínimo, 04 (quatro) estabelecimentos.

9.5 MÉDICOS – A Contratada deverá obrigatoriamente ter um mínimo de 5.000 (cinco mil) médicos credenciados em todo o país, sendo, no mínimo, 450 (quatrocentos e cinquenta) profissionais no Estado de Mato Grosso do Sul.

9.6 FISIOTERAPEUTAS - A Contratada deverá obrigatoriamente ter um mínimo de 1000 (um mil) fisioterapeutas credenciados em todo o país, sendo, no mínimo, 100 (cem) profissionais no Estado de Mato Grosso do Sul.

10. DOS SERVIÇOS

A operadora contratada deverá assegurar aos beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde as especialidades médicas e serviços nas condições abaixo descritas, observando-se, ainda, a Lei nº. 9.656, de 03/06/98 e suas alterações, bem como as resoluções do CONSU/ANS, sendo que o atendimento se dará por rede própria e/ou credenciada em todo o território nacional:

10.1. Assistência médica nas especialidades a seguir relacionadas:

1. Acupuntura;
2. Alergologia e Imunologia;
3. Anatomia e Patologia; 24 / 63
4. Anestesista;
5. Angiologia;



6. Bronco Esofagologia;
7. Cardiologia;
8. Cirurgia de cabeça e pescoço e buco-maxilo-facial;
9. Cirurgia cardiovascular;
10. Cirurgia endocrinológica;
11. Cirurgia Gastroenterológica;
12. Cirurgia geral;
13. Cirurgia de mão;
14. Cirurgia oftalmológica: inclusive as cirurgias corretivas (miopia, astigmatismo, hipermetropia, catarata, facectomia, etc.) nos termos da legislação vigente;
15. Cirurgia Pediátrica;
16. Cirurgia plástica reparadora e/ou restauradora não estética (incluindo mamoplastia);
17. Cirurgia Torácica;
18. Cirurgia Urológica;
19. Cirurgia Vascular Periférica;
20. Clínica Médica;
21. Coloproctologia;
22. Dermatologia;
23. Endocrinologia e Metabologia;
24. Fisiatria;
25. Foniatria;
26. Gastroenterologia;
27. Geriatria e Gerontologia;
28. Ginecologia;
29. Hematologia;
30. Hepatologia
31. Homeopatia;
32. Imunologia;
33. Infectologia;
34. Mastologia;
35. Mamoplastia não estética;
36. Medicina intensiva;
37. Medicina Nuclear;
38. Nefrologia;
39. Nefrologia pediátrica;
40. Neonatologia;
41. Neurologia;
42. Neurocirurgia;
43. Obstetrícia;
44. Oftalmologia;
45. Oncologia;
46. Ortopedia e Traumatologia, inclusive materiais e aparelhos ortopédicos (pinos, parafusos, platinas), próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico;
47. Otorrinolaringologia;
48. Pediatria;
49. Pneumologia;
50. Psiquiatria, consultas e tratamento ambulatoriais, inclusive internamento;
51. Radioterapia;
52. Radioisótopos e cintilografia;
53. Reumatologia;
54. Traumatologia;
55. Urologia;



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

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

10.3.1. Básicos:

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

10.3.2. Especiais:

- a. Amniocentese/Coriocentese;
- b. Audiometria com impedanciometria;
- c. Audiometria ocupacional;
- d. Biópsia renal;
- e. Cateterização de uréter;
- f. Cauterização;
- g. Citoscopia;
- h. Colocação de gesso e similares;
- i. Densitometria Óssea;
- j. Diálise peritoneal para agudos e crônicos;
- k. Diálise peritoneal contínua;
- l. Eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia, mapeamento cerebral e eletroencefalograma para monitorização de crises;
- m. Eletromiografia;
- n. Embolizações e radiologia intervencionista;
- o. Endoscopia digestiva e peroral;
- p. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- q. Exames invasivos de cardiologia (estudo eletrofisiológico para diagnóstico 26 / 63 e tratamento);
- r. Exames não invasivos de cardiologia: eletrocardiograma convencional e dinâmico Holter, M.A.P.A. (mapeamento ambulatorial da pressão arterial), testes ergométricos e "Tilt Test";
- s. Fisioterapia;
- t. Fonoaudiologia;
- u. Fluoresceinografia;
- v. Gasoterapia;
- w. Hemodiálise para agudos e crônicos;
- x. Hemoterapia;
- y. Implante de catéter para hemodiálise;
- z. Implante de catéter para diálise peritoneal;
- aa. inaloterapia, inclusive urgência;
- bb. Laparoscopia;
- cc. Laserterapia (foto eletrocoagulação da retina com laser);
- dd. Litotripsia extracorpórea e enoscópica para vias urinárias;



- ee. Material de osteossíntese (tais como: placas, parafusos e pinos);
- ff. Medicina nuclear (diagnóstica e terapêutica);
- gg. Nutrição parenteral ou enteral;
- hh. Ortóptica;
- ii. Pequenas cirurgias ambulatoriais;
- jj. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- kk. Procedimentos obstétricos;
- ll. Psicologia;
- mm. Próteses intraoperatórias;
- nn. Prova de função pulmonar;
- oo. Punção lombar;
- pp. Quimioterapia;
- qq. Radiodiagnóstico (demais exames radiológicos intervencionistas ou não);
- rr. Radiologia com contraste e intervencionista;
- ss. Radiologia Intervencionista;
- tt. Radioterapia, incluindo megavoltagen, cobaltoterapia, césioterapia, eletroterapia, radioimagem, radioimplante e braquiterapia;
- uu. Ressonância magnética;
- vv. Tomografia computadorizada;
- ww. Transfusão de sangue e seus derivados;
- xx. Tratamento de varizes por esclerosantes;
- yy. Ultra-sonografia;
- zz. Outros procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas ou que venham a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pelas operadoras de plano de saúde.

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

10.4. Serão asseguradas pela CONTRATADA as seguintes condições aos beneficiários:

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

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

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

10.4.4. Os hospitais, centros médicos, laboratórios e demais unidades prestadoras dos serviços que constituem o objeto do presente Termo não poderão limitar ou restringir o atendimento, desde que estes integrem sua estrutura de serviços e estejam abrangidos nas especificações dos serviços contratados, sendo terminantemente vedada a exigência de exclusividade de atendimento em unidade própria, o direcionamento e o uso de outros mecanismos de regulação mencionados na letra “b” do inciso I do artigo 4º da Resolução CONSU nº. 08 de 04/11/1998;

10.4.5. Não haverá limites de permanência para internações hospitalares em UTIs, como determinam as disposições da ANS;



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

10.4.7. Garantia de diárias, acomodações e refeições aos acompanhantes de beneficiários, sem restrição de faixa etária e independente do estado de saúde do paciente, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários e para o contratante;

10.5. As divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas aos serviços objeto do contrato, serão dirimidas por Junta Médica composta de 03 (três) membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo CONTRATANTE e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Não havendo consenso sobre a escolha do terceiro médico, sua designação será solicitada à Associação de Medicina localizada na cidade da sede do CONTRATANTE. Cada parte contratante pagará os honorários do médico que nomear. A remuneração do terceiro médico será pago pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, em partes iguais.

10.6. A CONTRATADA obriga-se a atender as solicitações formuladas pelo fiscal do Contrato, de credenciamento de prestadores nos municípios onde existam Varas Trabalhistas e Postos Avançados deste Conselho contratante, no interesse das necessidades dos beneficiários do plano de saúde, devendo, na impossibilidade de credenciar, justificar o motivo do não atendimento do pedido, e envidar esforços para providenciar outro prestador na mesma especialidade, na região solicitada, somente se eximindo de tal dever se comprovada a inexistência de prestadores interessados para credenciamento na região ou município.

10.7. Sempre que ocorrer descredenciamentos ou extinção de convênios com consultórios, clínicas especializadas, hospitais e outros serviços médicos, será obrigatória a reposição desse tipo de atendimento dentro daquela região no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante novo credenciamento, sem prejuízo da continuidade dos atendimentos em curso até o novo credenciamento, preservando o elevado nível de atendimento. Deverão ser comunicadas, em seguida, ao contratante as providências adotadas.

10.8. Além do credenciamento na cidade de Campo Grande - MS, a CONTRATADA deverá oferecer credenciamento de hospital geral (ou equivalente), de laboratório de análises clínicas e de médicos nas seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica médica; além de outras especialidades conforme disponibilidade de profissionais na região.

10.9. Caso durante a vigência do contrato forem criadas outras Subsedes, a CONTRATADA terá até 60 (sessenta) dias, contados da notificação, para proceder aos credenciamentos.

10.10. Não havendo possibilidade comprovada de credenciamento no município onde houver Subsede, o credenciamento será efetuado no município mais próximo possível.

10.11. Ocorrendo o credenciamento na forma mencionada no item anterior, ficará a critério do beneficiário locomover-se a outra localidade ou ser reembolsado integralmente pelo valor despendido com o serviço utilizado.

10.12. Cobertura de transplantes de fígado, coração, rim, córnea e medula óssea, garantindo as despesas com os procedimentos vinculados, ou seja, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.



10.13. Cobertura a qualquer tratamento fonoaudiológico, psicológico e fisioterápico, inclusive hidroterapia e Terapia Ocupacional sem limites de sessões.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA:

- a. Aborto provocado, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas e saunas de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais e de repouso, tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais;
- b. Cirurgias plásticas em geral, exceto as restauradoras para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, e, nesses casos, a cobertura estará sujeita à apresentação de laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
- c. Despesas com medicamentos de manutenção após transplantes;
- d. Despesas extraordinárias de internação, como refrigerantes, lavagem de roupa, aluguel de aparelho de televisão, telefonemas interurbanos e internacionais;
- e. Home care, inclusive enfermagem particular;
- f. Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;
- g. Medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação;
- h. Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos;
- i. Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- j. Remoções por via aérea, salvo nos casos indicados em que se comprove a impossibilidade de realizar-se o tratamento na cidade em que se encontra o paciente;
- k. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e/ou não aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar e
- l. Tratamento da esterilidade do tipo fertilização in-vitro (inseminação artificial)

12. DOS REEMBOLSOS:

Além da rede credenciada, o beneficiário pode escolher o serviço médico de sua preferência e, uma vez realizado o atendimento, solicitar o reembolso das despesas, que corresponderá aos valores praticados na tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

12.1. A contratada reembolsará as despesas efetuadas pelo beneficiário, integralmente, nas seguintes situações:

12.1.1 quando se configurar urgência/emergência devidamente reconhecida pelo profissional que a executou e nas situações de interrupção do atendimento pela rede de serviços ou do atendimento em determinadas especialidades;

12.1.2. quando o beneficiário estiver em trânsito, em locais onde não houver rede credenciada ou essa seja considerada insuficiente para a cobertura do contrato (não se caracteriza trânsito, o deslocamento do beneficiário exclusivamente com o objetivo de realizar tratamento de saúde);

12.1.3. quando surgirem novos procedimentos necessários ao tratamento de doenças reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Associação Médica Brasileira – AMB e aqueles previstos pelo Ministério da Saúde, quando das atualizações do Rol de Procedimentos Médicos para cobertura assistencial pelas operadoras de plano de saúde;

12.1.4. em casos de exames de alta especialização (exames de ponta) que não forem oferecidos pela rede credenciada;



12.1.5. em casos de tratamentos médicos/hospitalares e exames que não forem oferecidos pela rede credenciada da contratada;

12.1.6. nas sessões psicológicas será utilizado o valor da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM para o procedimento de sessão de psicoterapia individual, de grupo, de casal ou infantil (conforme realizado pelo beneficiário);

12.1.7. Os reembolsos deverão ser efetuados no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis contados da data de apresentação da documentação completa à CONTRATADA;

12.1.8. a documentação necessária ao reembolso deve ser apresentada pelo beneficiário diretamente nos postos de atendimento da CONTRATADA.

13. PRAZOS DE CARÊNCIAS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES:

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

13.1. Ficarão isentos do cumprimento de carências:

I - os titulares e respectivos dependentes atualmente inscritos no Contrato de Assistência à Saúde mantido pelo Crefito-13 com idêntica finalidade;

II - os titulares ou respectivos dependentes que não pertençam ao atual contrato de assistência à saúde, desde que requeiram, por escrito, a inclusão em até 60 dias da data de assinatura do contrato a ser firmado com base neste Termo de Referência;

III - os titulares, com seus respectivos dependentes, admitidos na vigência do contrato a ser firmado com base neste Termo de Referência, até o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de admissão;

IV - os beneficiários dependentes que adquirirem essa condição em decorrência de casamento, nascimento, adoção ou reconhecimento de paternidade, cuja comprovação e requerimento de inclusão no plano ocorram em até 60 (sessenta) dias do respectivo evento.

V - titulares que retornarem de licença sem remuneração, titulares que retornarem ao exercício após término de cessão/remoção a outro órgão, bem como os redistribuídos, incluindo-se aí os seus dependentes, desde que requeiram a inscrição até 60 (sessenta) dias após o retorno da licença, término da cessão ou redistribuição. Nos casos de concessão de trânsito, o início do prazo contar-se-á a partir do efetivo exercício das atividades neste Conselho Regional;

13.2. Respeitando-se as disposições estabelecidas nos subitens anteriores, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, e sendo também obedecido o período mensal para requerimento e processamento das inclusões, determinado por Ato deste Conselho - Contratante, será o seguinte:

I – acidentes pessoais, emergências e complicações no processo gestacional - Zero;

II – consultas médicas, cirurgias ambulatoriais, serviços, procedimentos e exames complementares básicos – 30 (trinta) dias;

III – serviços, procedimentos e exames complementares especiais e todos os demais casos de internação clínica ou cirúrgica, excetuadas as hipóteses dos incisos I, II e IV do presente subitem - 90 (noventa) dias;

IV – parto a termo – 10 (dez) meses.

13.3. Quando houver exclusão voluntária do plano de saúde, o beneficiário somente estará sujeito às carências contidas nesta cláusula em caso de reinclusão após 30 (trinta) dias do desligamento.



13.4. As inclusões e exclusões de beneficiários serão imediatamente comunicadas à contratada e terão vigências cadastral e financeira a partir do primeiro dia do mês subsequente à formalização do pedido.

13.5. Na hipótese de óbito do beneficiário, a exclusão terá vigência cadastral e financeira a contar da data do falecimento, sendo a mensalidade calculada pro rata die.

13.6. Os titulares serão excluídos do Plano de Saúde nos seguintes casos:

I – cancelamento voluntário da inscrição;

II – falecimento;

III – exoneração ou demissão;

IV – vacância por posse em outro cargo inacumulável;

V – cassação de aposentadoria e disponibilidade;

VI – retorno ao órgão de origem do servidor removido, requisitado ou em lotação provisória;

IV – destituição de cargo em comissão ou função comissionada, tendo por consectário a não mais emissão de contracheque por este Regional.

13.7. Os dependentes serão excluídos do Plano de Saúde nos seguintes casos:

I - falecimento;

II - quando o titular ao qual estiver vinculado for excluído, por qualquer motivo;

III - quando solicitado pelo titular do plano.

14. DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

14.1. A CONTRATADA obriga-se a entregar ao CONTRATANTE, em até 10 (dez) dias após o início da vigência do Contrato, as carteiras de identificação, agrupadas em ordem alfabética por participantes titulares ou outra ordem conforme solicitado pelo fiscal do Contrato e a mantê-las atualizadas e entregues tempestivamente, ao longo de todo o contrato.

14.2. A Carteira de Identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário no ato de sua solicitação de exclusão do Programa, ou no dia útil seguinte àquele do término de sua cobertura pelo plano de saúde;

14.3. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da Carteira de Identificação, durante o período em que permanecer cadastrado no Programa e após a sua exclusão, serão única e exclusivamente do beneficiário;

14.4. Em caso de extravio, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados após a comunicação do evento ao fiscal do contrato que, imediatamente, fará a comunicação à CONTRATADA.

15. DO REAJUSTE E DA REVISÃO:

15.1 DO REAJUSTE

15.1.1 O reajuste do preço cobrado no contrato celebrado com a empresa CONTRATADA terá como parâmetro o índice de reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - para os planos individuais e familiares, e nunca em período inferior a 12 (doze) meses, conforme determina a Lei nº. 10.192 de 14/02/2001, tudo comunicado àquela Agência dentro do prazo legal.

15.1.2 Nos casos de reajuste, a empresa contratada deverá demonstrar, analiticamente, mediante planilhas comparativas entre receitas e despesas, a necessidade de aplicação de



índice de reajuste, notadamente nos casos em que ensejem percentual superior ao fixado pela ANS, anualmente.

15.2. DA REVISÃO:

15.2.1. A CONTRATADA tem direito ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, procedendo-se à revisão do mesmo a qualquer tempo, desde que ocorram fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ao ainda, em ainda em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

15.2.2. A CONTRATADA, quando for o caso, deverá formular ao CONTRATANTE requerimento para revisão do contrato, comprovando a ocorrência do fato imprevisível ou previsível, porém com consequências incalculáveis, que tenha onerado excessivamente as obrigações contraídas por ela.

15.2.2.1. Junto com o requerimento, a CONTRATADA deverá apresentar toda documentação comprobatória que evidencie o quanto o aumento de preços ocorrido repercuta no valor total pactuado.

16. DO PAGAMENTO:

16.1. O pagamento será efetuado mensalmente à CONTRATADA em moeda nacional por meio de ordem bancária até o 10º dia útil após o atesto, pela FISCALIZAÇÃO do CONTRATANTE, da(s) Nota(s) Fiscal (is) referentes aos serviços prestados no mês anterior, bem como o visto em outros documentos porventura apresentados, acompanhado(s) da relação nominativa de todos os beneficiários.

16.2. Havendo inexatidão dos dados apresentados pela CONTRATADA para efeito do pagamento dos serviços prestados, que impossibilitem o atesto pelo CONTRATANTE, deverá a CONTRATADA reapresentar a(s) Nota(s) Fiscal(is) e relatório(s) anexo(s) retificados, e o CONTRATANTE terá o prazo de mais 10 (dez) dias úteis a contar da reapresentação para efetuar o pagamento.

17. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

17.1. Relacionar os beneficiários, quando da assinatura do contrato, com respectivos endereços, constando da relação todas as informações necessárias para fins de cadastramento;

17.2. Informar, mensalmente, à CONTRATADA, por escrito, qualquer inclusão ou exclusão de beneficiário;

17.3. Recolher e devolver, quando possível, na ocasião da exclusão de beneficiários, assim como, no caso de rescisão contratual, as respectivas carteiras de identificação fornecidas pela CONTRATADA;

17.4. Checar, semestralmente, ou quando entender necessário, a rede mínima credenciada e/ou contratada, conforme exigido nos itens 9 e 10 deste instrumento;

17.5. Fiscalizar a observância das disposições deste Termo de Referência, a fim de assegurar seu correto e tempestivo cumprimento, sem prejuízo dos procedimentos do controle exercido pela CONTRATADA;



17.6. Comunicar por escrito à CONTRATADA as deficiências verificadas pela fiscalização, que serão imediatamente corrigidas, sem prejuízo da aplicação das penalidades administrativas previstas.

17.7. Devolver à CONTRATADA a(s) nota(s) fiscal(ais) fatura(s) contendo incorreções com as razões da devolução, por escrito, para as devidas retificações. A devolução de nota(s) fiscal(ais) fatura(s) não aprovada pelo contratante, em hipótese alguma servirá de motivo para que a CONTRATADA suspenda ou atrase a execução dos serviços;

17.8 Efetuar, mensalmente, o pagamento dentro do prazo estabelecido no item 16.1 deste Termo de Referência.

18. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

18.1 Assegurar aos beneficiários do CONTRATANTE os serviços, de acordo com as condições estabelecidas em contrato e na proposta apresentada;

18.2 Fornecer aos beneficiários do CONTRATANTE, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o início da vigência do contrato, as carteiras de identificação, constando o tipo de Plano a que pertencem e seus nomes, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, e quando necessária a autorização prévia, assegure aos beneficiários o direito à utilização dos benefícios, nos termos do presente Termo de Referência e da legislação vigente;

18.3 Fornecer aos novos beneficiários do CONTRATANTE, inclusos após a assinatura do contrato, no prazo máximo de 10 (dez) dias do cadastro, as carteiras de identificação, nos termos do item anterior;

18.4 Fornecer pelo menos 02 (dois) guias médicos para cada titular, que deverá ser atualizado, no mínimo, a cada ano.

18.5 Comunicar, imediatamente, à contratante toda e qualquer alteração ocorrida na rede credenciada e/ou contratada (novos credenciamentos/descredenciamentos);

18.6 Distribuir os guias médicos aos titulares em até 10 (dez) dias após o início da vigência do contrato;

18.7 Efetuar as inclusões e exclusões dos beneficiários conforme indicação do Contratante;

18.8 Credenciar hospitais, médicos, clínicas, laboratórios e serviços auxiliares, de forma a atender as exigências contidas nos itens 9 e 10 deste Termo de Referência;

18.9 Atender às solicitações do CONTRATANTE de credenciamento de profissionais, devendo na impossibilidade de credenciar o indicado, providenciar outro da mesma especialidade, na região solicitada;

18.10 Realizar, a critério e conforme solicitação do Contratante, exames médicos para os titulares ativos, de acordo com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional do Contratante;

18.11 Elaborar e fornecer ao fiscal do contrato, com periodicidade trimestral, relatórios informatizados, preferencialmente na forma de arquivos de dados em meio magnético,



contendo dados relativos aos quantitativos e perfil da utilização dos beneficiários, discriminando titulares e dependentes, sem prejuízo do fornecimento de dados e documentos relativos ao custo do contrato;

18.12 Disponibilizar atendimento telefônico 24 (vinte e quatro) horas por dia, para efeito de autorização de serviços e de informações sobre os serviços contratados;

18.13 Indicar um responsável (preposto) pela fiel execução do Contrato, que deverá, entre outras tarefas, reunir-se, sempre que solicitado, com a equipe de fiscalização do contratante;

18.14 Reapresentar ao CONTRATANTE, sempre que vencidos os respectivos prazos de validade, os documentos relativos à habilitação jurídica e autorização para funcionamento, bem como demais documentos solicitados pelo fiscal do Contrato, devidamente atualizados, em original ou por cópia reprográfica autenticada;

18.15 Satisfazer e aceitar todas as exigências do Edital e seu(s) anexo(s);

18.16 Justificar, expressamente, toda negativa de cobertura por parte da CONTRATADA, que deverá ser analisada pelo Fiscal do Contrato;

18.17 Apresentar ao CONTRATANTE até o 10º (décimo) dia útil da assinatura do contrato, garantia correspondente a 3% (três por cento) do valor global do contrato a ser firmado, em conformidade com o art. 56, §2º, da Lei nº. 8.666/93, que deverá ser mantida válida e atualizada, tanto nos casos de reajuste, que importem em acréscimo de valores, como nos de prorrogação de prazo do contrato.

19. DAS VEDAÇÕES:

19.1 Nos termos da Resolução nº. 09, de 06/12/2005, do Conselho Nacional de Justiça, é vedada a manutenção, aditamento ou prorrogação de contrato de prestação de serviços com empresa que venha a contratar empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, de ocupantes de cargos de direção e assessoramento de membros ou juízes vinculados ao CONTRATANTE. Tal condição deverá ser comprovada através de declaração emitida pela CONTRATADA, quando da assinatura do termo de contrato e ainda por ocasião das prorrogações contratuais, se for o caso.

20. DA FISCALIZAÇÃO:

20.1. A Fiscalização dos serviços será exercida pela Subseção de Programas Assistenciais e pela Seção de Assistência Médico-Odontológica, as quais incumbirá acompanhar a execução do contrato, anotando as infrações contratuais constatadas.

20.2. A Fiscalização deverá:

I - solicitar à CONTRATADA, sempre que necessário, a apresentação de Relatórios, dados em arquivo magnético ou documentos pertinentes aos quantitativos de utilização dos serviços, discriminação do perfil e do custo dos serviços utilizados e maiores utilizadores, que deverão ser fornecidos pela CONTRATADA;

II - Atestar a(s) nota(s) fiscal(is) apondo o seu “aceite” e visitar os demais documentos apresentados pela CONTRATADA.

21. CRITÉRIO DE JULGAMENTO:



CREFITO 13

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DO MS

21.1 Será julgada vencedora, a proposta que atender a todos os requisitos técnicos e especificações previstos neste Termo de Referência e ofertar O MENOR PREÇO GLOBAL MENSAL, incluindo todos os custos diretos e indiretos pertinentes, desde que atenda a todos os requisitos de habilitação.

21.2 As licitantes deverão apresentar suas propostas comerciais informando preço per capita mensal por faixa etária, para o plano descrito neste Termo de Referência.

21.3 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a duas vezes e meia o valor da primeira faixa etária, e o valor da segunda faixa não poderá ultrapassar uma vez e meia aquele fixado para a primeira faixa.

21.4 Em se tratando de Cooperativa de Trabalho, a licitante deverá aplicar coeficiente de equalização de 15% sobre a base de cálculo para contribuição, tendo em vista o encargo previsto no Art. 22, inciso IV, da Lei nº. 8.212/91 c/c inciso III, art. 201 do Decreto Federal nº. 3.048/99 e a IN do MPS/SRP nº. 03, de 14 de julho de 2005;

21.5 As licitantes deverão apresentar declaração, firmada pelos seus respectivos representantes legais, informando possuir cobertura e custeio de atendimento em rede credenciada, distribuída em todo o território nacional, nos termos deste Termo de Referência;

21.6 Será exigido que as licitantes apresentem planilhas com totais de sua rede credenciada, por tipo de prestador, em todo o território nacional, e em especial no Estado do Mato Grosso do Sul, disponível aos beneficiários na proposta comercial, de acordo com o modelo indicado no Anexo II deste Termo. Devem, ainda, apresentar em documentos anexos à demonstração analítica dos prestadores cujos totais constam das planilhas, observando-se as notas ali indicadas.

22 - DO ORÇAMENTO:

A despesa correspondente ao objeto licitado tem por Ação Orçamentária **6.2.2.1.1.01.04.01.003** – para despesa com a contratação de prestação de serviço de PLANO DE SAÚDE deste Conselho.

Elaborado por:

NEUSA FÉLIX DE AZEVEDO
Coordenadora Geral do CREFITO-13

Aprovado por:

RODRIGO LUCCHESI CORDEIRO
Diretor Tesoureiro do CREFITO-13