

TERMO DE REFERÊNCIA	
CRENCIAMENTO DE PLANO OU SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL	
TIPOS DE PLANO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
TIPOS DE ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA E/OU APARTAMENTO
MODALIDADE	PRÉ-PAGAMENTO
PRAZO	12 MESES, podendo ser prorrogado conforme regulamento de compras
FUNDAMENTO LEGAL	<p>Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, Lei nº 10.223/15.05.2001, Lei nº 11.935.2009 e Lei nº 12.469/26.08.2011.</p> <p>Aplicando-se a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010; RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 262, DE 1 DE AGOSTO DE 2011, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste; bem como outros atos normativos ou resoluções que vierem a ser editados posteriormente sobre a mesma matéria, e ainda as demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde.</p> <p>A presente Seleção de Fornecedores e futura contratação rege-se pelo Regulamento de Compras para Aquisição de Bens, Materiais, Serviços, Locações, Importações e Alienações desta Organização, devidamente aprovado pelo Conselho Superior e averbado à margem do Registro nº 086 conforme protocolo nº 1183746 em 27/05/15. Do 2º Tabelionato de Protestos e Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia –GO, devidamente publicado no site da OVG – transparência no dia 29/05/15 e no Diário Oficial nº 22.105 no dia 23/06/15, aplicando-se subsidiariamente, no que couberem, as disposições da Lei Federal que trata dos Contratos Administrativos, Lei Estadual nº 17.928/2012, conforme faculta o inciso 14.4 do Regulamento de Compras, bem como pelas demais normas aplicáveis à espécie e pelos preceitos de direito público, aplicando-lhes ainda, a teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.</p> <p>A contratação de plano ou seguro saúde não será exclusivo da contratada, podendo haver mais de um contrato com outras credenciadas para o fornecimento do serviço.</p> <p>Não haverá exclusividade no fornecimento do serviço, podendo a OVG manter contrato com o plano de saúde atual e com outras credenciadas.</p>
OBJETO	<p>Credenciamento de Empresa prestadora de serviços de Plano de Saúde ou Seguro privado de assistência à saúde, regido pelo Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor e pela Lei nº 9.656/1998 e suas regulamentações. O contrato é de adesão, bilateral e aleatório, independentemente da ocorrência dos sinistros cobertos.</p> <p>Este seguro terá por objetivo garantir a prestação de serviços de saúde ou o reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento dos funcionários, Diretores e seus dependentes, incluídos na apólice, por opção exclusiva deste, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização e suas diretrizes clínicas, editado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde, 10ª Revisão CID 10, da Organização Mundial de Saúde (OMS), observando-se ainda o disposto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na área de abrangência geográfica contratada.</p> <p>A eventual credenciada disponibilizará uma lista de profissionais e instituições médicas referenciados, integrantes da rede referenciada, que, por opção dos Beneficiários, poderá ser utilizada, sendo o pagamento das despesas cobertas</p>

	efetuado diretamente pela Prestadora de Serviços/Seguradora, ao prestador de serviços referenciado, por conta e ordem do Beneficiário.		
ABRANGÊNCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1) ESTADO DE GOIÁS: Na modalidade de prestação de serviços ou reembolso, com, no mínimo, 10.000 estabelecimentos de saúde referenciados. 2) DEMAIS LOCALIDADES DO PAÍS: Na modalidade de prestação de serviços ou reembolso, através de ampla rede referenciada (no mínimo 50% das unidades existentes no local) ou através de reembolso. 3) NO EXTERIOR: Atendimento assegurado na modalidade de reembolso. 		
ASSISTÊNCIA PESSOAL 24 HORAS	Para os casos de emergência ocorridos a mais de 100 km de distância da residência do Beneficiário, inclusive em viagens ao exterior, desde que a duração da viagem seja inferior a 90 dias.		
	COBERTURAS MÍNIMAS	BRASIL	EXTERIOR
	Remoção médica	x	x
	Retorno domiciliar por razões médicas	x	x
	Localização e encaminhamento de bagagem extraviada		
	Ajuda financeira por extravio de bagagem		
	Passagem aérea para visita de parentes do segurado em caso de hospitalização		
	Hospedagem de parente do segurado em caso de hospitalização		
	Garantia de viagem de regresso	x	x
	Transporte do corpo	x	x
	Assistência médica em caso de lesão por acidente ou doença súbita e aguda	x	x
	Ressarcimento de profissional de saúde não credenciado, pela tabela da ANS, em caso de urgência comprovada		
	Indicação de assistência jurídica		
	Retorno antecipado por morte de parente de 1º grau		
	Embarque de menor de 14 anos sob responsabilidade do segurado quando este não puder fazê-lo		
	Adiantamento financeiro em caso de roubo ou furto de dinheiro		
	Repatriamento familiar		
	Orientação em caso de perda de documento		
	Prolongamento de estadia do hotel após alta hospitalar		
QUANTITATIVO POTENCIAL DE BENEFICIÁRIOS DA OVG			
	TITULAR	DEPENDENTE	TOTAL
	345	438	783
	TOTAL		452
COBERTURAS MÍNIMAS			

SEGMENTO AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.	CARÊNCIA
Consultas médicas sem necessidade de expedição de guias ou autorização prévia	Zero
Embolização e radiologia intervencionista	Zero
Exames laboratoriais	Zero
Fisioterapia	Zero
Hemodiálise e diálise peritoneal/CAPD	Zero
Internação hospitalar em clínicas não cirúrgicas	Zero
Internação hospitalar em clínicas cirúrgicas	Zero
Litotripsia extracorpórea e tratamentos para ondas de choque	Zero
Partos a termo	Zero
Procedimentos de cirurgias cardíacas e hemodinâmica	Zero
Procedimentos endoscópicos, digestivos, respiratórios e proctológicos	Zero
Radioterapia e quimioterapia ambulatorial	Zero
Ressonância nuclear magnética	Zero
Tomografia computadorizada	Zero
Transplante de rins e córneas	Zero
Tratamento de queimaduras	Zero
Atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais	Zero
TODOS OS OUTROS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS E RELACIONADOS, constantes no rol de procedimentos médicos editados pela ANS.	Zero

GARANTIA DE INCLUSÃO NO PLANO DE:

- **RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DO USUÁRIO TITULAR** (até 30 dias da data do nascimento ou adoção) conforme Súmula 25 da ANS.
- **CÔNJUGE, RECÉM-CASADO COM O USUÁRIO TITULAR** (até 30 dias da data do casamento) conforme Súmula 25 da ANS.

CO-PARTICIPAÇÃO, QUANDO EXISTENTE DE, NO MÁXIMO, 30% EM CONSULTAS E EXAMES

Assegurar aos dependentes, caso ocorra o falecimento do titular, a permanência no plano, sem pagamento das mensalidades, pelo prazo mínimo de 06 (seis) meses.

FAIXAS ETÁRIAS ATUAIS DA OVG:

Titular		Dependente	
Faixas Etárias	Quantidade	Faixas Etárias	Quantidade
0 à 18	0	0 A 18	193
19 à 23	0	19 A 23	69
24 à 28	06	24 A 28	37
29 à 33	16	29 A 33	16
34 à 38	38	34 A 38	12
39 à 43	42	39 A 43	33
44 à 48	56	44 A 48	20
49 à 53	76	49 A 53	29
54 à 58	51	54 A 58	14
59 ou +	60	59 ou +	25
Total	345	Total	438

CLÁUSULAS CONSIDERADAS ESSENCIAIS NO CONTRATO

1.1.1 A prestação dos serviços abrangerá qualquer quantidade de beneficiários entre empregados da OVG, seus dependentes e agregados, podendo sofrer alterações devido a novas adesões e/ou exclusões.

1.1.2 Os serviços de assistência à saúde a serem prestados aos beneficiários da OVG por operadora de plano de saúde ou seguro de saúde, em Goiânia, demais municípios circunvizinhos e as demais localidades do país, para urgência e/ou emergência, devem obedecer às exigências da Lei 9.656/98 e o rol de procedimentos médicos pela Resolução nº 10 da CONSU, atualizada pela Resolução Normativa da ANS nº 82, de 28 de setembro de 2004; aplicando-se a **RESOLUÇÃO NORMATIVA -**

RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010; RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 262, DE 1 DE AGOSTO DE 2011, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste; bem como outros atos normativos ou resoluções que vierem a ser editados posteriormente sobre a mesma matéria, e ainda as demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, e poderão cobrir, com eventual coparticipação de, no máximo, 30% (trinta por cento) nas consultas médicas e exames laboratoriais:

1.1.2.1 No caso de atendimento ambulatorial e outros:

- a) consultas médicas, em número ilimitado, nas mais variadas especialidades;
- b) serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente;
- c) atendimento ambulatorial em caso de acidentes de trabalho;
- d) cobertura para os seguintes procedimentos especiais:
 - hemodiálise e diálise peritoneal;
 - quimioterapia ambulatorial;
 - radioterapia ambulatorial;
 - hemoterapia ambulatorial; e
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

1.1.2.2 No caso de internação hospitalar:

- a) internações hospitalares, sem limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, em quartos coletivos de até cinco leitos;
- b) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, a critério do médico assistente;
- c) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) exames complementares indispensáveis 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;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção de paciente, para outro estabelecimento hospitalar;
- f) procedimentos obstétricos para os optantes e cobertura para assistência pré-natal, compreendendo consultas com ginecologista/obstetra, exames de ultrassonografia obstétrica e laboratoriais, durante o processo gestacional;

1.1.2.3 No caso de atendimento obstétrico, assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, conforme inciso III, “a”, do art. 12 da Lei 9.656/98, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, Lei nº 10.223/15.05.2001, Lei nº 11.935.2009 e Lei nº 12.469/26.08.2011.

1.1.2.4 Serviços ambulatoriais, hospitalares e de exames complementares para diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de HIV.

1.1.2.5 Atendimento de urgência e emergência na forma da Resolução CONSU nº 13 da ANS ou qualquer outra regulamentação da ANS que disponha sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

1.1.2.6 Cobertura para os seguintes procedimentos relacionados à continuidade de assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) diálises e hemodiálises;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia, incluindo radio moldagem, radio implante e branquiteira;
- d) transplantes de rins e córnea do receptor, inclusive do doador vivo;
- e) hemoterapia;
- f) nutrição enteral e parenteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) embolizações e radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) fisioterapia;
- k) próteses e órteses, desde que vinculados a ato cirúrgico e
- l) material de osteossíntese (tais como pinos, parafusos e placas), desde vinculados a ato cirúrgico).

1.1.3 Serão assegurados aos beneficiários, todos os serviços de assistência à saúde, conforme subitem 1.1.1, que se destinam a diagnósticos e/ou terapias, quando requisitados, em sistema de livre escolha, por médicos da rede da CONTRATADA obedecidas as coberturas descritas no título COBERTURAS constantes no rol de procedimentos médicos editados pela ANS.

1.1.4 Os atendimentos pela rede de credenciados/referenciados ou própria serão efetuados mediante apresentação de carteiras previamente distribuídas, para os beneficiários-participantes do plano ou seguro de Assistência à Saúde. (poderá ser cobrado valor para emissão da 2ª via de cartão magnético).

1.1.5 Os atendimentos serão assegurados a qualquer tempo, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários, e sem limite de utilização.

1.1.6 Para orientação dos beneficiários, deverão ser disponibilizado em site da seguradora os nomes, endereços de atendimento e números telefônicos dos médicos, consultórios, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, maternidades e hospitais agrupados por especialidade médica das que estejam de acordo com este Termo de Referência.

1.1.7 Além do site específico, a CONTRATADA deverá possuir serviço de central telefônica, preferencialmente gratuita, com atendimento 24h (vinte quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive finais de semana e feriados, de modo a facilitar o acesso do beneficiário nos casos de emergências e urgências, que vise também auxiliar os interesses na escolha do local para atendimento, prestando outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada/referenciada/própria.

2. DA COBERTURA DE PSQUIATRIA

2.1 No caso de atendimento ambulatorial:

A CONTRATADA deverá custear, através de reembolso dentro dos limites estabelecidos no contrato ou, alternativamente, por meio de pagamento direto à rede referenciada, por conta e ordem do Beneficiário, as despesas realizadas com o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão (CID 10).

No tratamento de transtornos psiquiátricos, a cobertura ambulatorial sem internação garantirá:

- a) atendimento de emergência ao Segurado, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou autoagressão;
- b) tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e outros procedimentos ambulatoriais.
- c) atendimentos clínicos ambulatoriais decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

Fica assegurada a cobertura prevista acima ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de seu dependente no plano ou seguro, durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe, segurado da apólice, sendo vedada à Seguradora qualquer alegação de doenças ou lesões preexistentes, ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária, ou agravamento, nos termos da legislação vigente.

2.2 Nas Internações Hospitalares

Fica assegurada a cobertura hospitalar psiquiátrica descrita nas alíneas "a" e "b" adiante, em número ilimitado de dias:

- a) internação em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos; e
- b) internação em hospital geral, para segurado portador de transtornos psiquiátricos que apresente quadro de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, por isso necessitando de hospitalização.

A partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, haverá coparticipação do beneficiário, na forma de percentual, sobre o valor das despesas médicas e hospitalares, dentro de um mesmo período anual de vigência do seguro.

Exceção será feita aos casos em que o contrato preveja coparticipação para internação, pois, nesta hipótese, a coparticipação será aplicada a partir do 1º (primeiro) dia de internação.

O percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro e, na ausência do percentual máximo, a participação será de, no máximo, 50% (cinquenta por cento).

O Segurado dispõe de dias ilimitados para tratamento em regime de hospital-dia, de acordo com as Diretrizes de Utilização definidas pela ANS.

Terão cobertura os atendimentos com internação clínica ou cirúrgica decorrentes de transtornos psiquiátricos, inclusive os procedimentos médicos necessários ao atendimento de lesões auto infligidas.

3. DAS EXCLUSÕES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As exclusões de cobertura do seguro de Assistência à Saúde deverão estar de acordo com as disposições do artigo 10, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, Lei nº 10.223/15.05.2001, Lei nº 11.935.2009 e Lei nº 12.469/26.08.2011.

Estão expressamente excluídas da cobertura deste plano/seguro as despesas médico hospitalares não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) vigente à época da ocorrência do evento, bem como nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), decorrentes de ou realizadas com:

- a) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, conforme definido pela ANS e demais órgãos competentes;
- b) consultas, assistência e internação domiciliar ou qualquer outra assistência realizada por profissional de saúde em ambiente domiciliar ("home care");
- c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, exceto:
 - c1) a dermolipectomia abdominal em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após a cirurgia de redução do estômago; e
 - c2) a cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para correção decorrente do tratamento cirúrgico do câncer de mama;
- d) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de redução de peso em clínica de emagrecimento, spa, clínica de repouso e estâncias hidrominerais;
- f) tratamento esclerosante de varizes;
- g) tratamento ou acolhimento de idosos ou portadores de necessidades especiais em clínica de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas, bem como internações em ambiente hospitalar que não sejam decorrentes de indicação médica;
- h) medicamentos importados não nacionalizados;
- i) exames de genética realizados fora do território nacional, independente da coleta do material realizado no Brasil;
- j) vacinas e medicamentos de qualquer natureza, administrados em ambiente domiciliar ou no atendimento ambulatorial, exceto:
 - j1) se o atendimento ambulatorial for caracterizado como de urgência ou emergência; e
 - j2) os medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásicos oral e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- k) medicamentos e materiais cirúrgicos, cuja eficácia tenha sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- l) curativo simples, exceto se realizados durante a internação hospitalar ou, em nível ambulatorial, se houver prescrição médica para a sua realização por profissional habilitado.
- m) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, bem como exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos governamentais competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- n) qualquer atendimento prestado por profissional de saúde não habilitado para a sua realização;
- o) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- p) procedimentos odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto:
 - p1) cirurgias bucomaxilofaciais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e
 - p2) procedimentos odontológicos ambulatoriais que, por imperativo clínico, necessitem de ambiente hospitalar. Nesse caso, estão excluídas as despesas com honorários do cirurgião-dentista e o custo dos materiais odontológicos;
- q) sessão/consulta de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição excedente ao limite estabelecido na Diretriz de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cada ano de contrato, de forma não cumulativa;

- r) enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- s) órteses ou próteses não implantadas cirurgicamente (externas), ou que possuam finalidade estética e que não visem restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, assim entendidas como:
- s1) prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e
- s2) órtese, qualquer material permanente ou transitório, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido;
- t) procedimentos relacionados com a manutenção de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, com a realização de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, conforme Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho;
- u) check-up, entendido como a solicitação e realização de exames na ausência de sintomas ou doença;
- v) cirurgia refrativa em condições diferentes das estabelecidas, inclusive quanto ao grau, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e da respectiva Diretriz de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigentes à época da ocorrência do evento;
- w) internações, exames e terapias não prescritos ou não solicitados pelo médico assistente;
- x) remoção aérea e marítima e a terrestre que ocorrer nos seguintes casos:
- x1) de local público ou privado que não seja unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento – ressalvadas as hipóteses de indisponibilidade ou inexistência de prestadores credenciados, conforme previsto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011; e
- x2) de unidade referenciada para outra não referenciada;
- y) despesas com a internação após a alta hospitalar concedida pelo médico assistente;
- z) quaisquer despesas não relacionadas com o atendimento, tais como serviços telefônicos, frigobar, TV, etc.;
- aa) equipamentos e aparelhos para utilização após a alta concedida pelo médico assistente, mesmo que relacionados com o atendimento médico-hospitalar e/ou necessários à continuidade do tratamento do Segurado;
- bb) despesas com acompanhante de pacientes, exceto às previstas na alínea “g” do subitem 3.1.2.; e
- cc) outros procedimentos não constantes expressamente nestas Condições Gerais, na Cláusula 3 (Coberturas do Seguro), nas Diretrizes de Utilização e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na regulamentação editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do evento.

§ 1º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será em conformidade com normas editadas pela ANS.

§ 2º A CONTRATADA poderá incluir quaisquer dos procedimentos acima na sua oferta.

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de 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. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

4. DAS MODALIDADES E SUAS ALTERAÇÕES.

4.1 Das Modalidades dos Serviços

4.1.1 A CONTRATADA obriga-se a oferecer, como opção aos beneficiários, o mínimo de 2 (duas) modalidades de serviços de assistência à saúde, sendo que a distinção entre elas estará no tipo de acomodação, na rede credenciada/ referenciada/própria oferecida e no valor de cada modalidade, em conformidade com o padrão de acomodação abaixo:

Modalidade	Tipo de Acomodação
1	Enfermaria
2	Apartamento

4.1.2 A CONTRATADA poderá oferecer modalidades opcionais mais abrangentes e superiores às do subitem 4.1.1, com relação à rede credenciada/referenciada/própria e valores limites de

reembolso de despesas hospitalares, no caso de utilização de serviços fora da sua rede credenciada/referenciada/própria.

4.1.3 A OVG reserva-se o direito de restringir a contratação às modalidades que entender atenderem seu interesse financeiro e administrativo.

4.2 Das Alterações de Modalidade de Serviço

As alterações de modalidade (tipo de acomodação) poderão ser realizadas desde que o beneficiário titular manifeste seu interesse dentro do prazo de antecedência previsto no Plano/Seguro, e cumpra as carências específicas exigidas.

5. DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1 Acesso a Livre Escolha de Prestadores de Serviço

5.1.1 Nos termos e limites ora definidos, este Contrato tem por objetivo garantir o pagamento ou reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas, efetuadas com o tratamento do Beneficiário e seus dependentes incluídos na apólice, decorrentes de problemas relacionados à saúde, doença, acidente pessoal e necessidade de atendimento obstétrico, com liberdade de escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares exclusivamente para os tratamentos realizados na abrangência geográfica e área de atuação contratadas e constantes da proposta da Contratada.

5.1.2. Quando o Beneficiário ou dependente utilizar um prestador de serviços que não fizer parte da rede referenciada do produto contratado, o pagamento dos serviços, inclusive os relativos aos casos de urgência e emergência, poderá ser feito por reembolso, para eventos cobertos pelo Contrato, de acordo com os limites estabelecidos neste e nas condições previstas no Plano/Seguro, ficando assegurado que o valor do reembolso não será inferior ao praticado com a rede referenciada. Da mesma forma, é vedado o reembolso diferenciado por prestador.

5.2 Atendimento na Rede Referenciada

Quando o Beneficiário ou dependente não utilizar o regime de reembolso e recorrer à rede referenciada, o pagamento dos serviços médico-hospitalares poderá ser feito pela Contratada, por conta e ordem do Beneficiário ou dependente, quando ficar perfeitamente caracterizada a cobertura do evento médico-hospitalar, observadas as condições contratadas.

6. DO CREDENCIAMENTO

A CONTRATADA deverá, no momento da celebração do Contrato, comprovar que possui ampla rede credenciada/referenciada, com profissionais nas diversas especialidades médicas.

7. DOS BENEFICIÁRIOS

São beneficiários dos serviços contidos no objeto deste Termo de Referência:

7.1 Beneficiário-Titular

Será considerado beneficiário-titular:

7.1.1 Empregado ou membro da Diretoria;

7.2 Beneficiário-Dependente

Será considerado beneficiário-dependente:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro (a), decorrente de união estável devidamente comprovada, desde que não haja a concorrência com o cônjuge, salvo decisão judicial;
- c) Filhos, naturais ou adotivos, enteados, até, no mínimo, 21 anos ou até 24 anos, onze meses e vinte e nove dias, se comprovadamente universitários;
- d) Filhos inválidos de qualquer idade;
- e) Menores sob guarda ou tutela até, no mínimo, 21 (vinte e um) anos, ou até 24 anos, onze meses e vinte e nove dias, se comprovadamente universitários;

7.3 Do filho adotivo

7.3.1 É assegurada a inscrição de filho(a) adotivo(a), menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante.

8. DA ADESÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E CARÊNCIA DOS SERVIÇOS

8.1 A adesão ao seguro de Assistência à Saúde pelos beneficiários-titulares será facultativa, por adesão.

8.2 Após 180 (cento e oitenta) dias de vigência do Contrato, a operadora Contratada poderá, a seu critério, utilizar as carências usualmente praticadas no mercado, conforme a Lei nº 9.656/98, para os beneficiários inscritos após esse período.

8.3 Serão aceitas as adesões pela CONTRATADA, sem qualquer carência, somente nos seguintes casos:

- a) Beneficiários-titular e seus dependentes inscritos no contrato anterior, cuja intenção de adesão seja formalmente manifestada no prazo de 180 (cento e oitenta) dias da assinatura do novo contrato de plano de saúde;
- b) Beneficiário-titular e seus dependentes inscritos no contrato vigente em outra localidade, no caso de transferência de empregados da OVG, e desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da transferência;
- c) Empregados e respectivos dependentes, quando admitidos pela OVG, e desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da admissão;
- d) Beneficiário-Dependente, quando do nascimento de filho; e da adoção, obtenção de guarda ou tutela de menores, pelo beneficiário-titular; casamento; desde que a inscrição ocorra no prazo de 30 (trinta) dias do fato gerador da condição de beneficiário-dependente.
- e) Alteração da modalidade 2 (apartamento) para a modalidade 1 (enfermaria), prevista no subitem 4.1.1.

8.4 A CONTRATADA poderá excluir beneficiários, desde que cumprido a vigência mínima de 12 meses de Contrato, nas condições previstas no Contrato de Adesão ou a qualquer tempo, quando formalmente solicitada pela OVG, e se enquadre nas condições previstas no Contrato, devidamente justificadas pela empresa contratante.

8.5 A alteração de modalidade 1 (enfermaria) para modalidade 2 (apartamento) sujeita-se ao período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da formalização, (respeitando a data de movimentação e vigência) da transferência junto à CONTRATADA.

8.5.1 A alteração de modalidade 2 (apartamento) para a modalidade 1 (enfermaria) não tem carência.

8.6 No caso de demissão sem justa causa, exoneração do quadro da OVG ou ainda nos casos de aposentadoria, é facultado ao beneficiário-titular, na qualidade de ex-empregado, e seus dependentes, o direito de permanecerem no plano, desde que a manifestação formal do exercício do seu direito seja solicitada no prazo de 30 (trinta) dias do desligamento.

8.6.1. Do empregado demitido sem justa causa: deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento e o período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses ao um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, desde que assuma junto à contratante o pagamento integral das contraprestações pecuniárias.

8.6.2 Do aposentado: a contratante deverá assegurar ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho desde que assuma junto à contratante o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (art. 31, da Lei 9.656/98). O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 dias após o seu desligamento.

8.7 Caberá ao órgão de pessoal da OVG informar à CONTRATADA em que data se dará a suspensão do benefício, tanto para o beneficiário titular quanto para seus beneficiários dependentes, bem como recolher os cartões de identificação.

8.8 A OVG não se responsabilizará pelo uso indevido dos serviços por parte do(s) beneficiário(s), após repassar, formalmente, a informação do desligamento à CONTRATADA.

Em caso de exclusão de beneficiários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do CONTRATANTE devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação, ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.

Será de inteira responsabilidade do CONTRATANTE o ônus proveniente da utilização indevida do cartão magnético de identificação, após a efetiva exclusão do beneficiário.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação da CONTRATADA.

9. DISTRIBUIÇÃO ATUAL DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS POR FAIXA ETÁRIA

9.1 No intuito apenas ilustrativo de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela CONTRATADA, informamos abaixo o quantitativo de empregados e ex-empregados da OVG, e de seus dependentes por faixa etária, inscritos no Plano atual de Assistência Médica, Ambulatória e Hospitalar:

DISTRIBUIÇÃO ATUAL DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS POR FAIXA ETÁRIA

IDADES	TITULARES/DEPENDENTES	
	ENFERMARIA	Valor unitário mensal
Até 18	157	
19 a 23	55	
24 a 28	30	
29 a 33	27	
34 a 38	41	
39 a 43	55	
44 a 48	60	
49 a 53	82	
54 a 58	60	
59 ou +	100	
SUBTOTAL I	667	
TOTAL GERAL MENSAL I		

IDADES	TITULARES/DEPENDENTES	
	APARTAMENTO	Valor unitário mensal
Até 18	41	
19 a 23	14	
24 a 28	15	
29 a 33	12	
34 a 38	19	
39 a 43	15	
44 a 48	17	
49 a 53	23	
54 a 58	11	
59 ou +	31	
SUBTOTAL II	198	

10. FAMÍLIA PROTEGIDA

10.1 Ocorrendo, no período da vigência do contrato, o falecimento do beneficiário-titular, os beneficiários dependentes inscritos poderão ter direito aos serviços contratados, pelo prazo definido pela Operadora, contados da data do óbito, sem qualquer ônus para OVG e nem para os respectivos beneficiários.

10.1.1 Se durante a vigência do prazo previsto no item 10.1 ocorrer a rescisão contratual, a CONTRATADA poderá manter a cobertura oferecida para os dependentes do titular falecido, sem qualquer ônus para OVG, até que se expire o prazo restante estabelecido pela mesma.

Consideram-se beneficiários dependentes, para fins e efeitos do FAMÍLIA PROTEGIDA, os seguintes:

- A) cônjuge ou companheiro do titular, desde que comprovada esta condição;
- B) filhos e os equiparados aos seus, solteiros e menores de 29 anos.

O prazo para solicitação do FAMÍLIA PROTEGIDA é de até 90 dias da ocorrência do óbito do beneficiário titular, comprovada através da certidão de óbito.

11 DOS SERVIÇOS DE REMOÇÕES

A CONTRATADA poderá oferecer os seguintes serviços especiais:

11.1 Assegurar serviços de remoção, desde que solicitada pelo médico assistente, após os primeiros socorros, a ser efetuado por via terrestre ou aérea, motivado por evento coberto pela CONTRATADA.

11.2 Cobertura para serviços de remoção aérea e terrestre em equipamentos apropriados do tipo UTI móvel, obrigatoriamente, acompanhada de médico assistente, nos percursos hospital para hospital, residência para hospital, para atendimento de urgência e emergência médica em geral, de acordo com a possibilidade e peculiaridade de cada tipo de serviço.

12. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

12.1 Para fins deste Contrato ficam isentos de carência a utilização de qualquer tipo de tratamento, exames complementares e cirurgias, desde que inclusos nos prazos previstos no item 8 deste Termo.

Parágrafo único - A cobertura de custos prevista neste Termo será proporcionada aos beneficiários regularmente cadastrados pela OVG a partir da assinatura do respectivo instrumento de contrato, sem carência.

12.2 REAJUSTE ECONÔMICO: O reajuste dos valores propostos pelas Operadoras Credenciadas somente poderá ocorrer após o decurso de 01 (hum) ano de Contrato, mediante livre negociação e proposta, devidamente fundamentada da Contratada feita com, no mínimo, 60 (sessenta) dias do vencimento do Contrato, atingindo todos os beneficiários inscritos, independente do prazo de adesão.

§ 1º. O índice de reajuste poderá ter por base o valor do IPCA-Saúde referente aos 12 (doze) meses anteriores ao mês de apresentação da proposta.

§ 2º. Em caso de desacordo sobre o reajuste econômico, com consequente rescisão do Contrato, incidirão as garantias e regras previstas no Contrato.

FALAR SOBRE OS PENALIDADES POR ATRASO E DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL, SOBRE OS CASOS DE RESCISÃO, SOBRE AS HIPÓTESES DE RECLAMAÇÃO PELO BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO PRESTADO E DOS MEIOS DE ATENDIMENTO PELA OPERADORA.

RECLAMAÇÃO: A empresa deverá disponibilizar Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria para reclamação dos usuários

13. DAS PENALIDADES

O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de 0,25 (dois décimos e meio por cento) ao dia, incidente sobre o valor do contrato, podendo acarretar sua rescisão unilateral, além, da aplicação das demais sanções previstas na legislação pertinente.

§1º - Se o total das multas atingir valor igual a 10 (dez por cento) do valor total deste contrato, este será rescindido de pleno direito, a exclusivo critério da CONTRATANTE, sem prejuízo da apuração de perdas e danos.

§2º - As multas serão descontadas *ex-officio*, de qualquer crédito da CONTRATADA existente na CONTRATANTE, em favor desta última. Na existência de créditos que respondam pelas multas, a CONTRATADA deverá recolhê-las nos prazos que a CONTRATANTE determinar, sob pena de cobrança judicial.

§3º – As sanções previstas neste item poderão ser aplicadas cumulativamente, de acordo com a gravidade do inadimplemento.

14. DA RESCISÃO

A inexecução total ou parcial deste contrato ensejará sua rescisão, com as consequências contratuais e legais, reconhecidos os direitos da CONTRATANTE, especialmente quanto a lucros cessantes e perdas e danos.

§1º – A CONTRATANTE reserva-se o direito de rescindir este contrato, independentemente de interpelação judicial o extraconjugal, sem que caiba à CONTRATADA direito a indenização de qualquer espécie, quanto ocorrer:

- a) falência, recuperação judicial ou dissolução da CONTRATADA;
- b) inadimplência de qualquer cláusula e/ou condição deste contrato por parte da CONTRATADA;
- c) subcontratação, cessão ou transparência do presente contrato;
- d) atraso, sem justificativa aceita pela CONTRATANTE, superior a 03(três) dias corridos, nos prazos estabelecidos par a execução dos serviços/fornecimentos;
- e) não recolhimento, nos prazos previstos, das multas impostas à CONTRATADA;
- f) descumprimento, pela contratada, das determinações da fiscalização da CONTRATANTE;
- g) caução ou utilização deste contrato para qualquer operação financeira, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE;
- h) outros, conforme previsão na Lei Federal e Estadual que tratam dos Contratos Administrativos.

§2º– Se a CONTRATADA der causa a rescisão deste contrato, ficará sujeita à multa de 5% (cinco por cento) de seu valor, que será deduzida dos pagamentos a que tiver direito, respondendo ainda por perdas e danos decorrentes da rescisão contratual, caso e que o serviço executado/fornecimento realizado será pago de acordo com a fiscalização da CONTRATANTE.

§3º – a contratada poderá ser suspensa do direito de contratar com a CONTRATANTE, por prazo não superior a 02(dois) anos.