

TERMO DE REFERÊNCIA
Pregão Eletrônico nº
Processo nº 201600057000975

I. INTRODUÇÃO

1. OBJETIVO:

Este termo de referência tem por finalidade estabelecer os parâmetros e exigências técnicas e administrativas a serem atendidas para apresentação de propostas para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive internações clínico-cirúrgicas, tanto em caráter eletivo quanto emergencial, em hospitais e clínicas, com acomodação em enfermaria em Goiânia e demais municípios circunvizinhos, incluindo as demais localidades do país, para atendimento de urgência e/ou emergência aos empregados da CEASA-GO – Centrais de Abastecimento de Goiás S.A. , dependentes e agregados, em conformidade com este termo de referência e demais exigências do edital, pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme a Lei de Licitações conjugada com a legislação específica.

2. JUSTIFICATIVA:

A contratação que se busca com o presente procedimento licitatório visa ao atendimento de solicitação da Divisão de Recursos Humanos - DRH da Centrais de Abastecimento de Goiás S.A. - Ceasa-Go, para promover a assistência à saúde aos seus empregados, bem como de seus dependentes (cônjuge, filhos menores de 18 anos, sendo universitário até aos 24 anos) de forma ampla, eficiente e com qualidade, com vistas a garantir o seu direito social a saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988, e seu bem-estar.

II. DESCRIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DO OBJETO

LOTE 01(ÚNICO)

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT.	VL. MENSAL	VL. TOTAL
01	Contratação de empresa especializada em prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive internações clínico - cirúrgicas, tanto em caráter eletivo quanto emergencial, em hospitais e clínicas, com acomodação em enfermaria em Goiânia e demais municípios circunvizinhos, incluindo as demais localidades do país para atendimento de urgência e/ou emergência aos empregados da Ceasa-Go, dependentes (cônjuge, filhos menores de 18 anos, sendo universitário até aos 24 anos).	meses	12	34.024,03	408.288,36
				VALOR GLOBAL	408.288,36



**NECESSIDADE E DESTINAÇÃO FINALÍSTICA OU ADMINISTRATIVA**

Promover a assistência à saúde dos empregados da Ceasa-Go, bem como de seus dependentes (cônjuge, filhos menores de 18 anos, sendo universitário até aos 24 anos), de forma ampla, eficiente e com qualidade, com vistas a garantir o seu direito social a saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988, e seu bem estar.

OBJETIVOS E/OU METAS A SEREM ATINGIDOS COM A DESPESA

Atender ao Plano de Trabalho do Contrato de Gestão com a Centrais de Abastecimento de Goiás S.A.

DESCRIÇÃO E CARACTERÍSTICAS:**DADOS DO PLANO**

TIPOS DE PLANO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
TIPOS DE ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA
MODALIDADE	PRÉ-PAGAMENTO
PRAZO	12 MESES, podendo ser prorrogado conforme a Lei de Licitações conjugada com a legislação específica.
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>
ABRANGÊNCIA	<ol style="list-style-type: none">1) GOIÂNIA E DEMAIS MUNICÍPIOS CIRCUNVIZINHOS:<ol style="list-style-type: none">a) Número mínimo de municípios circunvizinhos: No mínimo 13 municípios circunvizinhos incluindo especificamente: Aparecida de Goiânia, Trindade, Nerópolis, Inhumas e outras.b) Número mínimo de estabelecimentos em Goiânia e Região Metropolitana: Hospitais e Pronto Socorros: mínimo 70; Laboratórios: mínimo 30; Médicos Credenciados: mínimo 2.700. Podendo a contratada oferecer modalidades opcionais mais abrangentes e superiores ao mencionado acimac) Apresentar a relação nominal de médicos, sendo que, na Cidade de Goiânia deverão ser disponibilizados profissionais em TODAS as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina que possuem profissionais devidamente registrados no CRM/GO.2) DEMAIS LOCALIDADES DO PAÍS PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Incluindo também as demais localidades dos pais para atendimento, de urgência e/ou emergência, aos empregados da Ceasa-Go, e dependentes (cônjuge, filhos menores de 18 anos e sendo universitário até aos 24 anos).

3) Para maior comodidade para os usuários (beneficiários) do plano de saúde, que se enquadram na acomodação (enfermaria) ou equivalente, não serão aceitas propostas, aonde estabelecem a obrigatoriedade de triagem para serem avaliados por clinico geral, ginecologista ou pediatra, para o encaminhamento para consulta com médico especialista da rede credenciada.

4) A operadora deverá dispor de atendimento em caráter eletivo e emergencial, (área de atuação conforme contrato) e nas demais localidades do país para atendimento de urgência e/ou emergência.

USUÁRIOS ATUAIS			
TITULAR	DEPENDENTE	AGREGADO	TOTAL
32	29	XX	61
QUANTITATIVOS DE EMPREGADOS DA CEASA-GO.			32

COBERTURA	
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 extracorporea 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:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DO USUÁRIO TITULAR (até 30 dias da data do nascimento ou adoção) conforme Sumula 25. ▪ CÔNJUGE, RECÉM-CASADO COM O USUÁRIO TITULAR (até 30 dias da data do casamento) conforme Sumula 25. 	

Assegurar ao empregado participante que contribuir para o plano contratado e for demitido

sem justa causa ou aposentado, as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava enquanto empregado do contratante, desde que assumam o pagamento da sua respectiva contribuição.

CO-PARTICIPAÇÃO DE 50% EM CONSULTAS

Assegurar aos dependentes, caso ocorra o falecimento do titular, a permanência no plano sem pagamento das mensalidades, pelo prazo de até dois anos.

FAIXAS ETÁRIAS:

Titular		Dependente		Agregado	
Faixas Etárias	Quantidade	Faixas Etárias	Quantidade	---	---
0 à 18	0	0 A 18	3	x	x
19 à 23	0	19 A 23	6	x	x
24 à 28	0	24 A 28	0	x	x
29 à 33	0	29 A 33	0	x	x
34 à 38	0	34 A 38	0	x	x
39 à 43	0	39 A 43	1	x	x
44 à 48	1	44 A 48	1	x	x
49 à 53	6	49 A 53	8	x	x
54 à 58	8	54 A 58	4	x	x
59 ou +	17	59 ou +	6	x	x
Total	32	Total	29	x	x

CLÁUSULAS CONSIDERADAS ESSENCIAIS NO CONTRATO

1.1.1 A prestação dos serviços abrangerá inicialmente uma quantidade de 61 (sessenta e um) beneficiários entre empregados da Ceasa-Go, e seus dependentes (cônjuge, filhos menores de 18 anos, sendo universitário até aos 24 anos) 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 Ceasa-Go, por operadora de plano 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 cobrirão, com co-participação de 50% (cinquenta por cento) nas consultas médicas:

1.1.2.1 No caso de atendimento ambulatorial e outros:

- consultas médicas, em número ilimitado, nas mais variadas especialidades;
- serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico assistente;
- 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.
- e) os serviços de remoção definidos no **item 11** abaixo.

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 dois 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 ultra-sonografia 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 radiomoldagem, radioimplante e branquiterapia;
- 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, sem qualquer ônus adicional para os beneficiários-participantes do plano ou seguro de Assistência à Saúde. (haverá ônus de R\$ 6,00 para emissão da 2º via de cartão magnético).

1.1.5 Os atendimentos serão com hora marcada diretamente entre o beneficiário e o prestador médico, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários, e sem limite de utilização, exceto para os casos de transtornos psiquiátricos constantes no **item 2**, deste Termo de Referência, de acordo com a RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010 e bem como outros atos normativos ou resoluções que vierem a ser editados posteriormente sobre a mesma matéria que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências, realizados em consultórios e/ou clínicas da rede credenciada/ referenciada/própria.

1.1.6 Para orientação dos beneficiários, serão distribuídos a cada beneficiário-titular livreto/guia/orientador médico confeccionado pela licitante contratada, com nomes, endereços de atendimento e números telefônicos dos médicos, consultórios, laboratórios, clínicas, pronto-socorros, maternidades e hospitais agrupados por especialidade médica das que estejam de acordo com este Termo de Referência.

1.1.7 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.

1.1.8 A CONTRATADA, no início da vigência do contrato, obriga-se a assumir todas as despesas com tratamentos hospitalares em andamento, inclusive aqueles realizados em UTI ou similares, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade Respiratória, com a inclusão de todo o material necessário e utilizado. (somente para os beneficiários inscritos no plano anterior)

2. DA COBERTURA DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

2.1 No caso de atendimento ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato; e
- c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

2.2 Nas Internações Hospitalares

- a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise; a partir do 31º dia de internação, haverá incidência de coparticipação;
- b) o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização; e
- c) o custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas 'a' e 'b', do art. 2º da Resolução CONSU nº 11 de 1998, somente poderá ser parcial se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

3. DAS EXCLUSÕES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As exclusões de cobertura do plano ou 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.

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pelas 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.
- b) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) inseminação artificial;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela 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.
- h) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.B
- j) check – up, investigação diagnóstica eletiva, em regime ambulatorial e / ou de internação hospitalar, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- k) despesas decorrentes de serviços medico- hospitalares prestados por médicos não cooperados/ credenciados ou entidades não credenciadas por esta, salvo quando da ocorrência de atendimentos de urgência e / ou emergências devidamente comprovadas por declaração de médico assistente;
- l) procedimentos pré- operatórios nos casos de transplantes exceto para rins e córneas;
- m) serviços realizados em desacordo com as disposições do contrato, condições gerais e segmentos contratados;
- n) tratamento e atendimento médico – hospitalar realizados fora da área de abrangência.
- o) todos os procedimentos que não constarem do “ ROL DE PROCEDIMENTOS” editado pela ANS.
- p) hospitais de tabela própria e categoria diferenciada

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

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, uma modalidade de serviços de assistência à saúde relativo a acomodação na rede credenciada/ referenciada/própria, em conformidade com o padrão de acomodação abaixo:

Modalidade	Tipo de Acomodação
1	Enfermaria

4.1.2 A CONTRATADA poderá oferecer modalidades opcionais, mais abrangentes e superiores às do **subitem 6.1.1**, 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.

5. DOS REEMBOLSOS DE DESPESAS COM SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1 Reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada, conforme estabelece art. 12, VI da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pelas 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.

5.2 O contratante perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

6. DO CREDENCIAMENTO

6.1 A CONTRATADA deverá no momento da celebração do Contrato, comprovar que possui uma rede credenciada/referenciada/própria básica, um mínimo de credenciados nas diversas especialidades, conforme abaixo:

LOCAL	Hospitais e Pronto Socorro	Médicos Credenciados (Pessoa Física)	Laboratórios
Goiânia e Região Metropolitana	70	2.700	30

6.1.1 A CONTRATADA deverá manter ativo, durante toda a vigência do contrato o número mínimo de integrantes da rede credenciada/referenciada/própria, informado quando da contratação.

6.2 Para efeito de divulgação junto aos beneficiários-titulares, a CONTRATADA deverá disponibilizar à Ceasa-Go, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, através de meio eletrônico, eventuais alterações (inclusões e exclusões) na rede credenciada/referenciada/própria, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e dos serviços oferecidos, sob pena de rescisão contratual. No caso de Guia Médico virtual mantê-lo devidamente atualizado.

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;

7.2 Beneficiário-Dependente

[Handwritten signature]

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 18 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 18 (vinte e um) anos, ou até 24 anos, onze meses e vinte e nove dias, se comprovadamente universitários;
- f) Mãe viúva, separada, divorciada ou solteira, dos Titulares, sob dependência econômica, conforme estabelecido na Legislação do Imposto de Renda.

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 plano ou seguro de Assistência à Saúde pelos beneficiários-titulares será facultativa.

8.2 Após 30 dias de vigência do Contrato, a operadora Contratada poderá utilizar as carências usualmente praticadas no mercado, conforme a Lei 9656/98, para os beneficiários inscritos após esse período, desde que não colida com o subitem 7.3, letras de "a" "b".

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 30 (trinta) dias da assinatura do novo contrato de plano de saúde;
- b) Empregados e respectivos dependentes, quando admitidos pela Ceasa-Go, e desde que a adesão seja formalizada no prazo de 30 (trinta) dias da admissão;
- c) Beneficiário-Dependente, quando do nascimento de filho; e da adoção, obtenção de guarda ou tutela de menores, pelo beneficiário-titular e casamento.

8.4 A CONTRATADA excluirá beneficiários desde que cumprido a vigência mínima de 12 meses a qualquer tempo, quando formalmente solicitada pela Ceasa-Go., e se enquadre nas condições previstas no Contrato, devidamente justificadas pela empresa contratante.

8.5 No caso de demissão sem justa causa, exoneração do quadro da Ceasa-Go, ou ainda nos casos de aposentadoria, é facultado ao beneficiário-titular, na qualidade de ex-empregado, e seus dependentes e agregados, 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. 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.

8.6.1 Do aposentado: a contratante deverá assegurar ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído com o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário dos 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 Ceasa-Go, informar à CONTRATADA em que data se dará a suspensão do benefício, tanto para o beneficiário titular quanto para seus beneficiários dependentes e agregados, bem como recolher os cartões de identificação.

8.8 A Ceasa-Go, 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 resilição 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

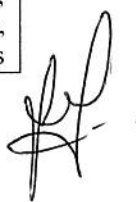
9.1 No intuito de subsidiar os cálculos dos valores passíveis de cobrança pela CONTRATADA, informamos abaixo, o quantitativo de empregados da Ceasa-Go, e de seus dependentes por faixa etária, inscritos no Plano atual de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar:

DISTRIBUIÇÃO ATUAL DE BENEFICIÁRIOS INSCRITOS POR FAIXA ETÁRIA

IDADES	TITULARES/DEPENDENTES	
	ENFERMARIA	Valor unitário mensal
Até 18	3	170,63
19 a 23	6	193,34
24 a 28	0	---
29 a 33	0	---
34 a 38	0	---
39 a 43	1	305,66
44 a 48	2	345,10
49 a 53	14	411,53
54 a 58	12	465,12
59 ou +	23	870,16
SUBTOTAL I	61	34.024,03
TOTAL GERAL MENSAL I		34.024,03
TOTAL GERAL ANUAL		408.288,36

10. FAMÍLIA PROTEGIDA

10.1 Ocorrendo, no período da vigência do contrato, o falecimento do beneficiário-titular, os beneficiários dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados, pelo prazo de **2 anos**, contados da data do óbito, sem qualquer ônus para Ceasa-Go. e nem para os respectivos



beneficiários.

10.1.1 Se durante a vigência dos 2 anos ocorrer a rescisão contratual, a CONTRATADA manterá a cobertura para os dependentes do titular falecido, sem qualquer ônus para Ceasa-Go, até que se expire o prazo restante até o limite estabelecido de 2 (dois) anos.

10.1.2 Decorridos os 2 anos da referida extensão, é assegurado aos beneficiários o direito de permanecerem ou serem incluídos no contrato vigente, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam, desde que assumam o pagamento integral do custo do plano em que estiverem incluídos;

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

- A) cônjuge ou companheiro(a) do titular, desde que comprovada esta condição;
- B) filhos e os equiparados aos seus, solteiros e menores de 18 anos, e sendo universitário até os 24 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 deverá oferecer os seguintes serviços especiais:

11.1 Prestar serviços de remoção, desde que solicitada pelo médico assistente, após os primeiros socorros, a ser efetuado por via terrestre, motivado por evento coberto pela CONTRATADA, dentro do perímetro urbano de GOIÂNIA, APARECIDA DE GOIÂNIA, TRINDADE E SENADOR CANEDO.

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 desta licitação ficam isentos de carência a utilização de qualquer tipo de tratamento, exames complementares e cirurgias. Desde que inclusos:

- nos 30 primeiros dias da Licitação;
- nos 30 primeiros dias do nascimento ou adoção;
- nos 30 primeiros dias do casamento;
- nos 30 primeiros dias da admissão.

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

12.2 REAJUSTE ECONÔMICO: Os valores das mensalidades e tabelas de preços serão reajustados anualmente, pelo IPCA/SAUDE-PLANOS DE SAÚDE, divulgada pelo IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

Na hipótese de modificação da legislação com alteração no prazo de reajuste ou índice e na falta da divulgação do IPCA/SAUDE-PLANOS DE SAÚDE, este será substituído pelo índice que vier a substituí-lo oficialmente e na falta de índice equivalente, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

Caso o índice adotado acumular saldo negativo nos últimos 12 meses ou ainda mediante acordo entre as partes poderá ser aplicado reajuste técnico, nos termos das normas da Agência Nacional Saúde – ANS.

O reajuste técnico será calculado levando em consideração estudo técnico atuarial detalhado apresentado pela contratada (demonstrando analiticamente, mediante planilhas comparativas entre despesas e receitas), o qual será avaliado pela contratante e submetido à negociação pelas partes.

I. OBSERVAÇÕES

Goiânia-GO, 08 de agosto de 2016.


TÁCITO DE SOUSA ROCHA
GERENTE DE RECURSOS HUMANOS