

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Contratação de serviços de plano de assistência à saúde para os servidores da AGIR.

O presente Termo de Referência tem como objeto a contratação de empresa para a prestação de serviços de plano de assistência à saúde dos servidores da AGIR, englobando os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com as exigências mínimas estabelecidas na Lei nº 9.656/98 (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), com as coberturas obrigatórias asseguradas por lei e por normas complementares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de outras condições mínimas previstas neste termo, aos servidores públicos da Agência Intermunicipal de Regulação de Serviços Públicos – AGIR e seus dependentes legais.

O objeto compreende a prestação continuada de serviços ou cobertura dos custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, garantindo a cobertura para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), divulgada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, limitada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

As condições constantes neste termo são as mínimas a serem respeitadas pela operadora de plano de saúde, podendo o contrato a ser celebrado com a Operadora, estabelecer diretrizes ou regras não previstas expressamente neste termo, desde que não haja contrariedade com as disposições aqui estabelecidas.

2. JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO

A presente contratação justifica-se pela necessidade de proporcionar assistência à saúde aos servidores da AGIR, contribuindo para a valorização do corpo funcional e para a melhoria do desempenho organizacional. Além disso, a oferta de um plano de saúde reduz o absenteísmo e melhora a qualidade de vida dos servidores, impactando positivamente na eficiência e continuidade dos serviços prestados à população.

A viabilidade da contratação foi confirmada por meio de estudos e pesquisa de mercado, que indicam a adequação dos custos aos limites orçamentários do órgão, conforme exigências legais. O modelo de contratação prevê a divisão de custos entre o órgão e os servidores, garantindo a sustentabilidade financeira do benefício ao longo do período contratual.

A escolha da contratação por dispensa de licitação, nos termos do art. 75, inciso II, da Lei nº 14.133/2021, fundamenta-se no fato de que o valor estimado do contrato se enquadra nos limites legais estabelecidos para essa modalidade. A medida assegura celeridade e economicidade ao processo, sem comprometer a transparência e a competitividade, uma vez que serão adotados critérios objetivos para seleção da proposta mais vantajosa.

Dessa forma, a contratação do plano de saúde é uma ação estratégica para a gestão de pessoas, alinhada aos princípios da administração pública, especialmente os da eficiência, economicidade e interesse público.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Lei nº 14.133/2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos,
- Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998,
- Atos Normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

Além das normas acima informadas, a contratação e questão está baseada na Cláusula 79 do Protocolo de Intenções da Agência Intermunicipal de Regulação de Serviços Públicos – AGIR, conforme descrito abaixo:

CLÁUSULA 79: “A AGIR poderá manter convênio/contrato para plano coletivo de saúde com custeio de até 50% do custo deste plano contratado aos seus servidores ativos, no que tange a cobertura do titular (servidor), ficando a cargo destes as respectivas coparticipações”.

4. ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

Trata-se da contratação de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia.

A cobertura será dada para o tratamento das doenças definidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), divulgada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, limitada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

Os procedimentos serão prestados por profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela operadora do plano de saúde.

A empresa contratada deverá fornecer um plano de saúde coletivo por adesão ou empresarial, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Código Civil Brasileiro e disposições do Código de Defesa do Consumidor, conforme regulamentação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), atendendo aos seguintes requisitos mínimos:

Cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;

Atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;

Opção de acomodação em enfermaria e apartamento;

Rede credenciada compatível com as necessidades dos servidores;

Reembolso para consultas e procedimentos fora da rede credenciada;

Carência reduzida ou inexistente para os servidores no momento da adesão;

Atendimento a dependentes conforme legislação vigente.

4.1 Da área de atuação do plano

O plano de saúde deverá ter abrangência mínima regional compreendendo os municípios de Blumenau, Gaspar, Pomerode, Indaial, Timbó, Ascurra, Rio dos Cedros, Rodeio, Apiúna, Benedito Novo e Doutor Pedrinho), sendo que nos casos de urgência/emergência deverão ter abrangência nacional.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Diante da natureza do objeto, que contempla a administração de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido no inciso I do artigo 1º da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, além dos demais critérios de qualificação jurídica/trabalhista e econômico/financeira usualmente exigidos, a empresa que pretenda prestar o respectivo serviço deverá demonstrar os seguintes requisitos mínimos:

a) Atestado(s) de Capacidade Técnica, expedido em nome da Operadora do Plano de Saúde, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS.

- b) Prova de registro/autorização expedido pela ANS – Agência Nacional de Saúde, demonstrando que a Administradora de Plano de Saúde e/ou operadora(s) está (ão) apta (s) a prestar os serviços;
- c) Certificado de inscrição da operadora no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, com indicação do seu responsável técnico;

6. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

A estimativa das quantidades levou em consideração as respostas de pesquisa interna sobre a adesão ao respectivo plano de saúde, podendo variar para mais ou para menos conforme a adesão de novos servidores, considerando as respectivas faixas etárias, conforme detalhamento abaixo:

Faixa Etária	Número de Titulares	Número de Dependentes
Faixa Etária de 0 a 18 anos	00	01
Faixa Etária de 19 a 23 anos	00	00
Faixa Etária de 24 a 28 anos	00	00
Faixa Etária de 29 a 33 anos	01	00
Faixa Etária de 34 a 38 anos	04	00
Faixa Etária de 39 a 43 anos	02	00
Faixa Etária de 44 a 48 anos	00	00
Faixa Etária de 49 a 53 anos	00	00
Faixa Etária de 54 a 58 anos	01	00
Faixa Etária de 59 ou mais anos	00	00

7. CRITÉRIOS PARA EXECUÇÃO DO OBJETO

7.1 Das condições de admissão dos beneficiários

Em atenção a Cláusula 79 do Protocolo de Intenções da Agência Intermunicipal de Regulação de Serviços Públicos – AGIR, todos os servidores que possuírem vínculo empregatício com a AGIR poderão aderir ao plano.

São considerados beneficiários do plano de saúde, os seguintes:

a) qualidade de servidor (beneficiário titular): os servidores ativos, ocupantes de cargo efetivo, comissionado ou eletivo.

b) Na qualidade de dependentes do beneficiário titular, custeados integralmente por estes, os seguintes: o cônjuge ou companheiro(a) com união estável e sem concorrência com o cônjuge; filhos (inclusive com paternidade reconhecida judicial ou extrajudicialmente), enteados ou pessoa sob guarda, solteiros até 35 anos incompletos.

b.1) Deverá ser assegurada a inscrição de recém-nascido filho natural ou adotivo, sob guarda ou tutela, filho do titular ou de seu dependente, desde que atendidas as condições abaixo:

- Filho natural – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias após o nascimento;
- Filho adotivo e menor sob guarda ou tutela – a inscrição deverá ser realizada em até 30 dias da tutela ou guarda;
- Deve atender os critérios de elegibilidade (grau de dependência) estabelecido neste item
- Sem imposição de carências quando o pai ou a mãe tenham cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;
- Com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular, quando o pai ou a mãe não tiverem cumprido o prazo de carência máxima de 180 dias;

7.2 Do padrão de acomodação na internação

Nos casos de internação o plano deverá ofertar acomodação no mínimo em quarto coletivo (enfermaria), sendo que, não havendo disponibilidade para tal, a operadora deverá ofertar acomodação em padrão superior sem que haja qualquer ônus ao beneficiário, até que lhe seja disponibilizada a internação em apartamento coletivo.

Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a operadora do plano de saúde.

7.3 Coberturas e procedimentos garantidos

O beneficiário titular e seus dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde têm direito ao atendimento médico, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, executados nos hospitais, clínicas e laboratórios integrantes da rede própria ou credenciada da operadora do plano de saúde, por médicos prestadores de serviço à operadora, profissionais de saúde devidamente habilitados pelo Conselho de Classe.

O atendimento será realizado de acordo com as coberturas assistenciais referenciadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde realizados exclusivamente no território nacional, devendo ser assegurado independentemente da circunstância e local de origem daquele, respeitadas a área de abrangência, área de atuação, segmentação, rede assistencial vinculada a este produto e a cláusula de exclusão de coberturas do contrato a ser firmado.

Observado o limite do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento deverão ser garantidas:

Segmentação Ambulatorial

- 1.consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas médicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, observadas as regras para o acesso e atendimento descritas no sub item deste Termo de referência” Mecanismos de Regulação”. As áreas de atuação estabelecidas pelo CFM não são consideradas especialidades médicas.
- 2.garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação.
- 3.cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
- 4.cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
- 5.cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetriz, conforme as Diretrizes de Utilização da ANS.
- 6.cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado conforme Diretrizes de Utilização da ANS.
- 7.cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.
- 8.ações de planejamento familiar que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, observando as seguintes definições:
 - a)planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
 - b) concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionados às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

f) atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

9. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD.

10. cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

11. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme prescrição do médico assistente, respeitadas as diretrizes de utilização da ANS.

12. cobertura dos procedimentos de radioterapia ambulatorial.

13. cobertura dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial.

14. cobertura para hemoterapia ambulatorial.

15. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, respeitadas as diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Segmentação Hospitalar

1. cobertura para os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema.

2. cobertura de hospital-dia conforme indicação e a critério do médico assistente.

3. cobertura de hospital-dia para transtornos mentais conforme diretrizes da ANS.

4. despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de atendimento médico/hospitalar.
5. os eventos e procedimentos que necessitem de anestesia, com ou sem a participação do médico anestesista, caso haja indicação clínica, respeitadas as condições contratuais, incluindo a equipe cirúrgica e todos os insumos necessários e para realização dos procedimentos.
6. cobertura para taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados, e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
7. cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar.
8. 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.
9. órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, devendo ser observado que:
 - a) cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela OPERADORA, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
 - c) em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a OPERADORA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela OPERADORA; e
 - d) a classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no site da ANS.
10. cobertura para os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, desde que contempladas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.
11. procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da OPERADORA.
12. cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.
13. cobertura das despesas, incluindo acomodação e alimentação, relativas ao

acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
- b) idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade; e
- c) pessoas com deficiência.

14. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

15. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos, passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a complexidade do caso, incluindo exames complementares e fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizados durante o período de internação hospitalar, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

16. cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer, incluindo a simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar.

17. cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções.

18. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- c) cobertura dos procedimentos de radioterapia;
- d) cobertura para hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações;

- h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, em número ilimitado de sessões por ano, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
19. cobertura para todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio.
20. cobertura de transplantes contemplados pelo Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS e os procedimentos a eles vinculados, incluindo:
- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da OPERADORA de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.
21. cobertura para nutrição parenteral ou enteral, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar.

Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e se sujeitarão ao critério de fila única de espera de seleção.

Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia

1. cobertura para procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ficando sujeitas as cobranças de coparticipação;
- c) para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetritz habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde vigente à época do evento.

Os procedimentos e eventos listados nesta cláusula poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, exclusivamente na rede própria, credenciada ou referenciada da OPERADORA, vinculados a este produto.

Enquanto não houver disponibilidade do tipo de leito hospitalar contratado, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação de nível superior, sem ônus adicional.

As alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde deverão ser comunicadas aos beneficiários através do site da operadora de plano de saúde, além disso, poderão ser consultadas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pois precedem de publicidade legal.

7.4 Atendimento de urgência e emergência, remoção e reembolso

Deverá ser garantido o atendimento de urgência, emergência, remoção e reembolso observando as condições abaixo, bem como os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, respeitando as cláusulas contratuais de cobertura descritas no contrato.

I – Atendimento de urgência e emergência:

Nos termos da Lei considera-se:

a) Emergência: os atendimentos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

b) Urgência: os atendimentos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, deverá ser assegurada a cobertura dos procedimentos de urgência decorrente de acidentes pessoais, sem restrições, respeitadas a cobertura e segmentação contratadas.

Quando o atendimento de urgência ou de emergência em decorrência de complicações no processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, esta será limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo cobertura de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas. Neste sentido, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à OPERADORA.

II – Remoção:

A OPERADORA garantirá a remoção do paciente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do paciente, conforme prescrito pelo médico assistente, nos atendimentos classificados como urgência ou emergência, nas situações abaixo descritas:

- a) se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade de atenção ao paciente, a OPERADORA garantirá a sua remoção para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima;
- b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, respeitada a abrangência geográfica contratada, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.
- c) quando for necessária a realização de eventos cirúrgicos, ou uso de leitos de alta tecnologia, ou a realização de procedimentos de alta complexidade relacionados a doença ou lesão preexistente em período de Cobertura Parcial Temporária, caberá à OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

A OPERADORA garantirá a remoção do beneficiário que tiver cumprido o período de carências para internação hospitalar, mediante autorização do médico assistente e consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável legal. A remoção será assegurada nas situações abaixo descritas:

1) Quando o beneficiário estiver dentro da área de atuação e abrangência de cobertura do plano de saúde:

- a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato;
- b) De hospital ou pronto atendimento da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para outro hospital da rede da OPERADORA vinculada a este contrato, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- c) De clínica ou consultório público ou privado para um hospital da rede vinculado ao respectivo plano de saúde, somente em caso de indisponibilidade ou inexistência de unidade hospitalar ou pronto atendimento no município onde o paciente foi atendido, conforme regras estabelecidas na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente na data do evento.

2) Quando o beneficiário estiver fora da área de atuação e abrangência de cobertura do plano:

a) De hospital ou pronto atendimento não integrante da rede da OPERADORA, para um hospital da rede da OPERADORA vinculado a este contrato, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do plano de saúde, e em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no município demandado pelo beneficiário e/ou área de atuação do plano, conforme regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

A remoção do beneficiário não será garantida, de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos na legislação vigente, bem como de hospital ou serviço de pronto atendimento pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato, para estabelecimento não pertencente a rede da OPERADORA vinculada a este contrato.

Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para realizar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a OPERADORA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento.

III - Reembolso:

Considerando que o referido plano de saúde não possui característica de livre escolha de prestadores para os atendimentos, os beneficiários inscritos pela CONTRATANTE terão assegurado o direito ao reembolso de atendimento somente nas situações e condições abaixo, quando devidamente comprovadas.

a) Em caso de atendimento de urgência ou emergência: Será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência contratualmente cobertos que tenham ocorrido na área geográfica de abrangência e de atuação do plano sempre que não for possível a utilização dos serviços da rede de prestadores própria da OPERADORA ou credenciada a este plano de saúde. (Nos valores e limites contratuais).

b) Em caso de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador: Será devido o reembolso em conformidade com a legislação específica vigente à época do evento, desde que seja fornecida a autorização prévia da OPERADORA.

A solicitação de reembolso deverá ser formalizada pela CONTRATANTE ou beneficiário, junto a OPERADORA, no prazo máximo de 1(um) ano da data do atendimento ou da alta.

O reembolso, quando devido, será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

7.5 Carências

Os beneficiários cumprirão os seguintes períodos máximos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data de seu ingresso no plano:

PROCEDIMENTOS	HORAS/DIAS
Urgência e Emergência, observado o disposto na Cláusula 9ª, I - Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas médicas 30 (trinta) dias	30 (trinta) dias
Exames laboratoriais, anatomopatológicos e citológicos, raios-x simples e contrastados, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas e ultrassonografias	30 (trinta) dias
Consultas e sessões de fisioterapia	90 (noventa) dias
Consultas e sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia.	180 (cento e oitenta) dias
Todas as demais coberturas	180 (cento e oitenta) dias
Parto a termo	300 (trezentos) dias

Quando se tratar de beneficiário(s) no exercício da portabilidade de carências, deverão ser cumpridos os prazos de carências remanescentes, descontados os períodos de permanência no plano origem; e carência integral para cobertura superior ao do plano origem.

Quando se tratar de inscrição de beneficiário proveniente de outro plano da OPERADORA, haverá aproveitamento das carências já cumpridas, ressalvadas as modificações de cobertura, como nas hipóteses de ampliação da área geográfica ou acomodação hospitalar superior.

Seguirá o limite da carência já cumprida pelo pai, mãe ou responsável legal, ou, será isento quando estes tiverem cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, conforme abaixo:

- a) O recém-nascido filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, independentemente de o parto ter sido coberto pela OPERADORA;
- b) O recém-nascido sob guarda ou tutela, quando inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda;
- c) O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela;
- d) O filho cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente quando inscrito no plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento.

7.6 Dos mecanismos de regulação

A participação financeira na despesa assistencial, a título de fator moderador, a ser paga pela CONTRATANTE após a realização dos procedimentos e cobrada em conjunto com a mensalidade do plano de saúde, nos moldes abaixo:

EVENTO	COPARTICIPAÇÃO
a) consulta de puericultura, demais consultas médicas e às de pronto-socorro ou pronto atendimento, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do procedimento; b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame; c) consultas/sessões realizadas por profissionais de saúde, previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento, tais como: fisioterapia, acupuntura, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, psicoterapia e oxigenoterapia, realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos. Exceto: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.	Percentual: 30% Referência: Tabela de referência da operadora Limite: R\$ 280,00 por serviço ou quantidade realizada.

Os valores elencados na Tabela Referência da operadora deverão ser atualizados anualmente e deverá estar disponível para consulta na área específica e restrita da CONTRATANTE e do beneficiário no site da operadora.

O valor limite para cobrança de coparticipação será reajustado anualmente conforme Cláusula de Reajuste.

Os percentuais de coparticipação também se aplicam ao recém-nascido que utilize da assistência médica durante o período de 30 (trinta) dias após o parto.

A OPERADORA deverá fornecer ao beneficiário titular e seus eventuais dependentes

cartões individuais, podendo ser de forma física ou virtual, assim como também outras formas de identificação, de acordo com os normativos vigentes editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia a garantia da prestação dos serviços somente ocorrerá mediante apresentação deste, acompanhado do documento de identificação oficialmente reconhecido.

7.7 Preços e mensalidades

A AGIR pagará à operadora por beneficiário inscrito, a título de inscrição e mensalidade, os valores relacionados na proposta, somadas às coparticipações previstas na Cláusula Mecanismos de Regulação.

Preço do plano será de acordo com a faixa etária do beneficiário, conforme relacionados na proposta e ressalvada as diferenças de valores entre as faixas etárias, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser inclusos no contrato e aqueles já vinculados.

O cálculo das variações por faixa etária deverá observar os parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária e, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

As mensalidades dos beneficiários serão automaticamente reajustadas quando estes completarem a idade limite da faixa etária a qual se encontra, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário. Nesse caso, o novo valor da mensalidade será equivalente ao valor da faixa etária seguinte a qual se encontrava anteriormente.

8. OBRIGAÇÕES

Das Obrigações da credenciada em caráter geral

1. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente, ressalvado o plano ambulatorial;
2. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário
3. Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, informativo com orientação e contatos da Operadora (0800 e Whatsapp) e forma de consultar a rede credenciada de Assistência Médico- Hospitalar e/ou Odontológica (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras);

4. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios de acordo com a legislação vigente.
5. Possuir central de atendimento para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

Das Obrigações da AGIR

- 1 - Vistoriar e avaliar a execução dos serviços contratados, através de agente previamente designado;
- 2 - Vistoriar, solicitar a emissão de relatórios gerenciais; e
- 3 - Comunicar à OPERADORA imediatamente e por escrito toda e qualquer irregularidade, imprecisão ou desconformidade verificada na execução dos serviços, assinalando-lhe prazo para que a regularize, sob pena de serem-lhe aplicadas as sanções legais e contratuais previstas.
- 4 – Subscrever o contrato do plano registrado comercializado, desde que atenda as exigências mínimas deste termo.

9. VALOR ESTIMADO

O valor estimado da contratação será baseado em pesquisa de mercado, considerando os custos médios de planos de saúde para servidores públicos em condições similares.

O contrato com os credenciados terá como valor de referência para fins de execução do contrato, o valor estimado equivalente à 12 contraprestações mensais, conforme o número de vidas (servidores ativos bem como dependentes aderentes ao plano, e será revisto anualmente conforme o contingente de aderentes e não aderentes amealhados no período

10. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

A Agência Intermunicipal de Regulação de Serviços Públicos - AGIR custeará parcialmente o valor das mensalidades dos servidores ativos, na proporção de 50% (cinquenta por cento). O custeio dos valores relativos à coparticipação, bem como das mensalidades dos dependentes ocorrerá integralmente por conta do titular.

Em todos os casos os respectivos valores serão retidos da folha de pagamento do servidor e repassados à operadora do plano de saúde.

11. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

As exigências de HABILITAÇÃO JURÍDICA, FISCAL, SOCIAL E TRABALHISTA são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme segue:

Quanto à regularidade jurídica:

- a) Ato Constitutivo, estatuto, contrato social em vigor (de acordo com as exigências do Novo Código Civil) ou documento equivalente;
- b) Caso seja representada por procurador, este deverá apresentar procuração ou documento equivalente, com firma reconhecida do Outorgante ou outro meio de autenticação reconhecido, cópias dos respectivos RG - Registro Geral e CPF/MF – Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, do Outorgante e do Outorgado.

Quanto à regularidade fiscal e trabalhista:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Certidão Negativa de Débitos Federais/União;
- d) Certidão negativa de Débitos Estaduais;
- e) Certidão Negativa de Débitos Municipais do domicílio da licitante;
- f) Certidão de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços – FGTS
- g) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, em vigor.

Quanto a qualificação técnica:

12. PRAZOS DO CONTRATO

O prazo de vigência da contratação será de 5 (cinco) anos, prorrogável por até 10 anos, na forma dos artigos 107 da Lei nº 14.133, de 2021, objetivando garantir a continuidade e previsibilidade da prestação dos serviços aos servidores.

O início da vigência do contrato ocorrerá quando da subscrição do contrato registrado perante a ANS conforme Resolução Normativa ANS nº 543/2022 e demais normas aplicáveis a espécie.

13. FORMA DE PAGAMENTO

Os pagamentos serão realizados mensalmente, mediante apresentação da fatura detalhada dos serviços prestados, devidamente atestada pelo setor responsável pela fiscalização do contrato.

14. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Código Dotação 5 - AGIR

Unidade 001 - Secretaria Geral Administrativa/financeira

Ação 2012 - Funcional: 0004.0122.2010 - Manutenção das atividades das AGIR

Elemento – 3339039050000000000

Vínculo – 188070001000 - Recursos próprios dos consórcios

15. ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

O cumprimento do contrato será fiscalizado pelo servidor Cícero Teixeira Coutinho, Auxiliar Administrativo da AGIR.

O fiscal anotará no histórico de gerenciamento todas as ocorrências relacionadas à execução do objeto, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal emitirá notificações para a correção da execução, determinando prazo para a correção.

O fiscal informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato, o fiscal comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato.

O fiscal comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação, se for o caso. Caso ocorram descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

A gestão do contrato será realizada pela servidora Bruna de Andrade, Diretora Administrativa e Institucional da AGIR.

O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento da ata, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações da ata para fins de atendimento da finalidade da administração.

O gestor do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

Ao gestor do contrato caberá processar a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso

necessário.

Coordenará os atos preparatórios à instrução processual e a formalização dos procedimentos de prorrogação, alteração, reequilíbrio, pagamento, eventual aplicação de sanções, extinção dos contratos, dentre outros e emitirá decisão sobre todas as solicitações relacionadas à execução do contrato, no prazo de 30 (trinta) dias contados da instrução do requerimento.

O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelo(s) fiscal(is) do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.

O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

Blumenau, 11 de março de 2025.

BRUNA DE
ANDRADE:0
7276951936
BRUNA DE ANDRADE

Diretora Administrativa e Institucional da AGIR