



CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PARA O SESC-AR/DF

TERMO DE REFERÊNCIA

Este Termo de referência é composto dos seguintes tópicos:

1. DO OBJETO	2
2. DA JUSTIFICATIVA	2
3. DOS PADRÕES DOS PLANOS	3
4. DAS COBERTURAS	7
5. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	10
6. OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA	11
7. DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA	13
8. DA JUNTA MÉDICA.....	14
9. DA REDE DE PRESTADORES	14
10. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	15
11. DAS CARÊNCIAS	17
12. DO REEMBOLSO	19
13. DOS BENEFICIÁRIOS:.....	19
14. DA FORMA DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS:.....	20
15. DO CUSTEIO DO PLANO DE SAÚDE/SEGURO SAÚDE	21
16. DO REAJUSTE CONTRATUAL	22
17. DO PAGAMENTO MENSAL, DA MULTA POR INADIMPLENCIA E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL	24
18. DO ACOMPANHAMENTO E DA GESTÃO DO CONTRATO	25
19. DA ABORDAGEM DOS TRATAMENTOS EM CURSO.....	26
20. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA.....	28
21. DOS QUANTITATIVOS, FAIXAS ETÁRIAS E OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	28
22. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28



1. DO OBJETO

O objeto do presente Termo de referência é a contratação de operadoras ou seguradoras (vedada a participação de administradoras) especializadas em serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, tanto em caráter eletivo como urgências/emergências, independente do local de origem do evento, em hospitais, clínicas e prontos-socorros, por meio de Plano de Saúde ou Seguro Saúde Coletivo. As partes firmarão Contrato bilateral, regido pela Lei 9.656/1998, pelas normas gerais da Agência Nacional de Saúde, aplicando-se às relações contratuais, precipuamente, a Lei 10.406/2002 - Código Civil Brasileiro e, subsidiariamente, a Lei 8.078/1990 - Código de Defesa do Consumidor, no que for pertinente aos beneficiários como destinatários finais dos serviços.

Quaisquer redações neste Termo de referência e seus anexos que suprimam benefícios e/ou seus quantitativos de atendimentos devem ser desconsideradas quando confrontados com a legislação aplicável, prevalecendo aquelas mais benéficas ao beneficiário e ao SESC-AR/DF. As coberturas detalhadas neste instrumento, e não contempladas pela legislação aplicável, deverão ser ofertadas pela licitante interessada na participação deste certame, eis que foram delineadas observando-se a necessidade do público alvo.

A licitante deverá apresentar proposta comercial com preços para todas as faixas etárias, obedecendo os regramentos determinados pela Agência Nacional de Saúde, em moeda corrente nacional, englobando toda a população do SESC-AR/DF informada neste Edital e seus anexos. Será declarada vencedora a licitante que apresentar o “menor preço” para o Plano Padrão 2, mas independentemente de o critério de julgamento ocorrer com base no Plano Padrão 2 é obrigatória a apresentação do Plano Padrão 1 e 3. A ausência de custos para todos os planos importará em desclassificação automática.

2. DA JUSTIFICATIVA

Atualmente o plano de saúde é reconhecido como um dos principais benefícios que uma empresa pode oferecer. É um fator diferencial na qualidade de vida dos trabalhadores, visto que proporciona acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde, propiciando as condições de saúde necessárias para o bom desenvolvimento das atividades laborais, aumento da produtividade e redução do absenteísmo.

Além disso, há no Acordo Coletivo de Trabalho firmado entre o SESC-AR/DF e os Sindicatos vinculados (Sindaf, Sinproep e SO), a obrigatoriedade de oferecer assistência



médico-hospitalar aos empregados da instituição, fazendo-se necessária a contratação de empresa especializada para este fim.

3. DOS PADRÕES DOS PLANOS

3.1 Plano Padrão 01: plano regional ou nacional, com padrão de acomodação em enfermaria, com reembolso de 1 (uma) vez a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da CONTRATADA, com rede credenciada/referenciada que contenha em cada uma das regiões administrativas citadas, ao menos:

- a) Os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada;
- b) 4 (quatro) centros hospitalares gerais, inclusive com atendimento em urgência/emergência no Plano Piloto, distribuídos entre Asa Sul e Asa Norte;
- c) 01 (um) centro hospitalar geral, inclusive com atendimento em urgência/emergência, em Ceilândia, Gama, Taguatinga, Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO;
- d) Um hospital de olhos, inclusive com emergência, no Plano Piloto;
- e) Um hospital do coração, inclusive com emergência, no Plano Piloto;
- f) Rede credenciada/referenciada em exames laboratoriais com presença física, ao menos, no Plano Piloto, Águas Claras, Ceilândia, Gama, Guará, Sambambaia, Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO;
- g) Um hospital psiquiátrico, com pronto socorro;
- h) Um hospital geral maternidad na Asa Sul, Asa Norte e Taguatinga;
- i) Rede credenciada/referenciada para exames de imagem com presença física, ao menos, em Brasília, Taguatinga, Ceilândia, Gama, Águas Claras, Samambaia;
- j) Com relação a prestação de serviços de fisioterapias, a licitante vencedora deverá oferecer, ao menos, 2 (dois) prestadores por Regiões Administrativas, a saber: Águas Claras, Ceilândia, Gama, Guará, Brasília, Sambambaia, Sobradinho, Taguatinga, Planaltina;
- k) Com relação a prestação de serviços de fisioterapias, a licitante vencedora



deverá oferecer, ao menos, 01 (um) prestador em Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO;

3.2 Plano Padrão 02: plano regional ou nacional, com padrão de acomodação em apartamento e com reembolso de 2 (duas) vezes a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da CONTRATADA, ofertando a mesma amplitude de rede credenciada/referenciada detalhada para o Plano Padrão 01.

a) Os atendimentos de urgências/emergências são obrigatórios quando ocorridos em outras unidades da federação, preferencialmente em rede credenciada/referenciada.

3.3 Plano Padrão 03: plano nacional, com padrão de acomodação em apartamento privativo, com direito a acompanhante independente da idade e da condição física do beneficiário internado, com direito a refeição para o acompanhante, com reembolso de 3 (três) vezes a Tabela AMB-92, LPMs 96/99 ou CBHPM, ou equivalente na Tabela de Reembolso da CONTRATADA, ofertando rede credenciada/referenciada, ao menos:

a) 6 (seis) centros hospitalares gerais, inclusive com atendimento em urgência/emergência no Plano Piloto, distribuídos entre Asa Sul e Asa Norte;

b) 01 (um) centro hospitalar geral, inclusive com atendimento em urgência/emergência, em Águas Claras, Lago Sul, Ceilândia, Gama, Taguatinga, Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO

c) 02 (dois) hospital de olhos, no mínimo, inclusive com emergência, no Plano Piloto;

d) Um hospital do coração, inclusive com emergência, no Plano Piloto;

e) Rede credenciada/referenciada em exames laboratoriais com presença física, ao menos, no Plano Piloto (Asa Norte e Asa Sul), Águas Claras, Ceilândia, Gama, Guará, Sambambaia, Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO;

f) 02 (dois) hospitais psiquiátricos, com pronto socorro;

g) 4 (quatro) hospitais maternidade, no mínimo, distribuídos entre Asa Sul ou Asa Norte ou Sudoeste ou Lago Sul ou Taguatinga, permitida a cumulatividade na mesma localidade;



h) Rede credenciada/referenciada para exames de imagem com presença física, ao menos, no Plano Piloto, Taguatinga, Ceilândia, Gama, Águas Claras, 5 Samambaia;

i) Com relação a prestação de serviços de fisioterapias, a licitante vencedora deverá oferecer, ao menos, 3 (três) prestadores por Regiões Administrativas, a saber, Águas Claras, Ceilândia, Gama, Guará, Plano Piloto, Lago Sul, Sambambaia, Sobradinho, Taguatinga, Planaltina;

j) Com relação a prestação de serviços de fisioterapias, a licitante vencedora deverá oferecer, ao menos, 02 (dois) prestadores em Formosa/GO, Valparaíso/GO, Luziânia/GO;

k) Em nível nacional ofertar rede credenciada/referenciada ambulatorial e hospitalar em todas as cidades com mais de 300.000 (trezentos mil) habitantes e, nas capitais com mais de 1.000.000 (um milhão) de habitantes proporcionar, ao menos, 02 centros clínicos ou hospitalares com atendimento ambulatorial, urgência e emergência.

3.4 O oferecimento de abrangência nacional ou regional para os planos de padrão 1 e 2 é alvedrio da licitante e o oferecimento de abrangência mais ampla não se constituirá em vantagem competitiva. Ou seja, se para os Planos 1 e 2, uma concorrente oferecer padrão regional e outra licitante oferecer padrão nacional para estas categorias de plano, ambas estarão em situação de igualdade concorrencial;

3.5 Os serviços serão prestados prioritariamente no Distrito Federal e cidades do entorno, onde residem a totalidade dos titulares dos colaboradores ativo do SESC-AR/DF, mas a CONTRATADA deverá ofertar rede de atendimento de urgência/emergência em todas as capitais brasileiras;

3.5.1 O reembolso será integral para todos os planos, em caso de inexistência de rede credenciada/referenciada para urgências/emergências fora do Distrito Federal e entorno, confirmada após consulta à Central de Atendimento da Operadora;



- 3.6 A mudança de plano inferior para plano superior, será aplicável ao titular e respectivos dependentes, em caráter irretratável, à época da renovação, sem aplicação de carência, se solicitada com 30 (trinta) dias de antecedência do novo período de vigência do contrato, vedada a migração de plano superior para plano inferior;
- 3.7 O oferecimento de rede credenciada mais ampla, ou quaisquer outras vantagens adicionais que ampliem os direitos dos beneficiários ou deste SESC-AR/DF em relação ao Padrão dos Planos ofertados, não serão utilizados como critérios de desempate ou vantajosidade competitiva;
- 3.8 A cobertura de despesas com acompanhantes, incluindo alimentação e acomodação, exceto se contraindicado pelo médico assistente, serão devidas para os Planos Padrão 1 e 2, nos seguintes casos:
- a) Para menores de 18 a maiores de 60 anos;
 - b) Pessoas portadoras de deficiência;
 - c) Parto e todas as suas classificações, com prazo definido pelo médico assistente.
- 3.9 A cobertura das despesas com acompanhante quando devidas se dará no mesmo padrão de acomodação do paciente internado, com alimentação, desde que o hospital forneça e conste nas contas médicas;
- 3.10 Todos os planos deverão ser ofertados para todos os beneficiários, sem nenhum cerceamento à livre vontade e sem carência quando cumpridas as condições de adesão;
- 3.11 A operadora atual é a MedHealth Planos de Saúde Ltda., que se encontra em regime de contrato emergencial, onde os planos atualmente oferecidos são:
- a. OURO I (aposento coletivo) – ANS 488.578/21-3: plano regional, sem coparticipação, caracterizado pela rede referenciada ambulatorial e hospitalar mais restrita – População neste plano: 64 beneficiários;
 - b. OURO I (aposento individual) – ANS 488.577/21-5: plano regional, sem coparticipação, caracterizado pela rede referenciada ambulatorial e hospitalar mais restrita – População neste plano: 20 beneficiários;
 - c. OURO II (aposento coletivo) – ANS 488.578/21-3: plano regional, sem coparticipação, caracterizado pela ampliação da rede referenciada ambulatorial e hospitalar em relação ao Plano Ouro I – População neste plano:



416 beneficiários;

- d. OURO II (aposento individual) – ANS 488.577/21-5: plano regional, sem coparticipação, caracterizado pela ampliação da rede referenciada ambulatorial e hospitalar em relação ao Plano Ouro I – População neste plano: 1.400 beneficiários;
- e. LIBERTY PARTICIPATIVO (aposento coletivo) – ANS 486.363/20-1: plano nacional, com coparticipação, caracterizado pela liberdade de escolha em ampla rede credenciada/referenciada ambulatorial e hospitalar – População neste plano: 58 beneficiários;
- f. LIBERTY PARTICIPATIVO (aposento individual) – ANS 486.359/20-3: plano nacional, com coparticipação, caracterizado pela liberdade de escolha em ampla rede credenciada/referenciada ambulatorial e hospitalar – População neste plano: 339 beneficiários.

3.12 A variação de custos entre os planos 1 e 2 não poderá ser superior a 10%;

3.13 A variação de custos entre os planos 2 e 3 não poderá ser superior a 28%.

4. DAS COBERTURAS

4.1 As coberturas e serviços, em cada um dos padrões de planos ofertados, incluindo os casos de reembolsos, deverão abranger todas as coberturas previstas na Lei n.º 9.656/98, suas emendas e complementos, cobrindo os custos de todas as despesas correspondentes aos serviços médico-hospitalares previstos no Rol obrigatório da ANS vigente à época do evento e para tratamento de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde-OMS. Deverá respeitar a abrangência de cada plano, os parâmetros constantes nas legislações citadas, bem como as exclusões e limites constante deste contrato e na legislação aplicável, naquilo que não for excetuado por este Edital. Deverá constar todos os procedimentos que forem incorporados definitivamente a este rol por força de sentença ou acórdão judicial e, de forma adicional ou ainda redundante, as seguintes condições:

- a) Atendimento em Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico, terapia e internações, nas suas definições legais assim qualificados para todos os beneficiários. Aos empregados titulares, ofertar também o amparo dos



diagnósticos decorrentes de acidentes do trabalho e doenças profissionais, que na maioria desempenham funções em área de grau de risco 1, de acidentes relacionados à sua tarefa de trabalho diário;

- b) Garantir o tratamento de todos os diagnósticos anteriores à vigência do contrato, bem como de todos os exames e procedimentos necessários à sua continuidade, inclusive decorrentes de sentença judicial, em especial os casos de tratamentos já iniciados ou decorrentes de acidentes acontecidos antes da vigência do benefício ou que se constituam continuidade do tratamento, a exemplo de home care, AIDS, câncer, cardiopatias, doenças congênitas e doenças crônicas;
- c) Cobertura para fonoaudiologia, psicomotricidade, ludoterapia, musicoterapia, terapia ocupacional e psicoterapia comportamental, com cobertura para 10 (dez) sessões anuais por beneficiário/ano, para cada tipo de terapia;
- d) Internação hospitalar psiquiátrica em unidade especializada ou hospital especializado ou hospital-dia, para todos os transtornos previstos no Código Internacional de Doenças, Capítulo V, conforme determinação do médico assistente;
- e) Cobertura para tratamento multidisciplinar para os casos de “Transtornos Global de Desenvolvimento-TGD”, “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDHA”, “Atraso de Desenvolvimento Neuro psicomotor” e “Transtorno do Expecto Autista – TEA”, devendo ofertar estes tratamentos nos limites ora estabelecidos inclusive na época de investigação ou fechamento do quadro clínico pelo médico assistente, tais como hidroterapia, equoterapia, fonoaudiologia pelo método ABA, terapia ocupacional, psicoterapia comportamental, musicoterapia, ludoterapia, com cobertura mínima de 50 (cinquenta) sessões anuais, somando-se todas as terapias, por usuário/ano;
 - i. O total de sessões poderá ser utilizado para uma única terapia ou para o conjunto de terapias aplicáveis, limitado ao máximo previsto neste item, à critério do profissional ou médico assistente.
- f) Cobertura adicional para R.P.G. (Reeducação Postural Global), por indicação e justificativa do médico assistente, qualificada como fisioterapia e, por conseguinte, limitada a 10 sessões por usuário por ano, não cumulativa a outras modalidades de fisioterapias por indicação médica;
- g) Cirurgia de refração oftalmológica para grau igual ou superior a 5 (cinco);



- h) Tratamento esclerosante ou escleroterapia de vasos, convencional e/ou ampliada, conforme indicação do médico assistente, limitada a 10 aplicações por usuário por ano;
- i) Realização do exame petscan com diretriz de utilização conforme rol da ANS e indicação do médico assistente;
- j) A cobertura para transplantes, incluindo cobertura de despesas do doador, medicações correlatas e armazenamento de órgãos, deve restringir-se ao rol delimitado pela RN-465/2021-ANS, notadamente, rins, córneas e medula óssea;
- k) Os serviços de home care deverão ser ofertados sem período determinado, nos termos do Parecer Técnico n. 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, desde que solicitado, justificado e respeitando-se a autonomia do médico assistente e em conformidade com a condição clínica do paciente internado;
 - i. Quando concedido os serviços de home care, a operadora/segurada deverá realizar visitas periódicas para avaliar os serviços prestados.
 - ii. Não é obrigatório que o paciente tenha cuidador exclusivo no local de internação domiciliar para que seja concedido o serviço de home care.
- l) Remoção de pacientes via terrestre em todo o território brasileiro, quando devidamente justificado e solicitado pelo médico assistente, nos termos da RN 347/2014-ANS, não podendo ocorrer limitação de espaço e tempo para as remoções ocorridas dentro da área de abrangência do plano contratado;
 - i. Para os planos regionais deverá ser garantida a remoção de rede pública para rede credenciada/referenciada da CONTRATADA sem limitação de espaço e tempo, no âmbito territorial de atendimento do plano;
- m) Deverão ser fornecidas sessões de quimioterapia e radioterapia, sem limitações quantitativas ou intervalo de prazos, sem incidência de coparticipação, em regime ambulatorial ou hospitalar, incluindo medicação e fármacos, desde que devidamente autorizados e registrados na ANVISA, e conforme solicitação médica, permitindo-se apenas a exclusão de medicamentos e tratamentos experimentais ainda não autorizados pelos órgãos competentes;



- n) Fornecimento de medicamentos antineoplásicos orais, adjuvantes para o controle de efeitos colaterais e adversos dos medicamentos antineoplásicos, para tratamento domiciliar, sem limitações quantitativas, sem incidência de coparticipações, quando devidamente justificado pelo médico assistente, permitindo-se apenas a exclusão de medicamentos e tratamentos experimentais ainda não autorizados pelos órgãos competentes;
 - o) É vedada a aplicação de carências e de nova contagem ou recontagem de prazos de atendimentos, nos procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, cuja periodicidade será determinada pelo médico assistente;
- 4.2 Toda e qualquer decisão judicial que amplie o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, em especial o contido na RN 465/2021-ANS e quaisquer outras que venha a alterá-la ou substituí-la, deverá ser, imediatamente, incorporada a este contrato, mas a eventual supressão de direitos adquiridos não poderá ser aplicada.

5. DA FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 5.1 Todos os serviços previstos nesse Edital e na legislação aplicável, deverá ser prestado preferencialmente em rede credenciada/referenciada, utilizando-se o reembolso em caráter excepcional, observando-se também:
- a) A CONTRATADA deverá possuir rede de atendimento credenciada/referenciada para consultas eletivas e internação hospitalar em todas as especialidades, emergências e urgências, em especial no Distrito Federal e entorno, com rede credenciada/referenciada onde conste hospitais, clínicas e prestadores, conforme definido para cada plano;
 - b) Em toda a rede hospitalar credenciada/referenciada será garantido o atendimento de pronto socorro, se o serviço for oferecido pelo centro hospitalar, não podendo este serviço ser excluído, isoladamente, do conjunto de serviços ofertados pelo prestador.
- 5.2 Eventuais recusas de atendimentos deverão obedecer o contido na RN 395/2016-ANS, informando-se ao médico gestor do SESC-AR/DF o detalhamento do motivo da recusa.



6. OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

6.1 Além das obrigações gerais definidas neste instrumento, bem como àquelas decorrentes de dispositivos legais, a CONTRATADA deverá proporcionar o que segue:

- a) Garantir a transferência de empregados para apólice de inativos por motivo de aposentadoria, desde o início e durante toda a vigência contratual, nos termos da Lei 9.656/98 e RN 279/2011-ANS, sobre os quais a CONTRATANTE declara total conformidade. Deverá também efetuar a cobrança diretamente ao beneficiário inativo, bem como adotar todas as providências administrativas sobre eventual inadimplência, não respondendo a CONTRATANTE por nenhum ato administrativo para com os inativos;
- b) Manter no Plano de Saúde os beneficiários titulares demitidos e seus respectivos DEPENDENTES, conforme período de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, atualizados pela Resolução Normativa RN279/2011;
- c) A Empresa CONTRATADA deverá dispor de serviço de atendimento ao cliente, tanto através de central telefônica (Call Center) 24 horas, com ligação gratuita, inclusive por celular ou ligação com custo local, bem como por meio virtual (site e aplicativo);
- d) A CONTRATADA deverá oferecer relação atualizada, ou informar alterações, ou equivalente, através de manual(ais), livreto(s) ou por meio virtual, dos estabelecimentos profissionais próprios ou credenciados ou referenciados disponíveis para atendimento aos beneficiários e seus dependentes, com indicação dos nomes, endereços, telefones e especialidades dos consultórios e profissionais, dos hospitais, centros médicos, clínicas, e outras informações correlatas, por padrão de conforto oferecido;
- e) A empresa contratada deverá disponibilizar a carteira física para todos os beneficiários (titulares e dependentes), contendo todos os elementos necessários a utilização do plano, tais como, nome completo do titular, nome completo do dependente, telefones de contato, tipo do plano;
 - i. Em caso de extravio do cartão de identificação será garantido o primeiro envio de um novo exemplar sem custo adicional. Para um segundo e demais envios é facultado a operadora/seguradora a cobrança de taxa de confecção, em valor a ser informado à



CONTRATANTE no momento de assinatura do contrato.

- e) A empresa contratada deverá disponibilizar acesso ao sistema para verificação dos relatórios gerenciais e de sinistralidade, que poderá ser realizado, à critério da CONTRATANTE, a qualquer momento;

6.2 Sobre as providências de implantação a CONTRATADA envidará todos os esforços e meios para que a implantação do Plano de Saúde ocorra no prazo acordado entre as partes e que todos os beneficiários sejam esclarecidos sobre seus direitos e deveres, observando ainda:

- a) A partir da data de assinatura do contrato, a operadora terá o prazo de 30 (trinta) dias para a implantação de todo o conjunto de serviços previstos neste Edital, não fazendo jus a nenhuma remuneração neste período ou pelos serviços realizados para este fim;
- b) O contrato tem previsão de início de vigência para 01/06/2022;
- c) No período citado na alínea antecedente a CONTRATADA considerará todas as providências para o perfeito funcionamento do plano de saúde/seguro saúde, notadamente, a emissão de cédula de identificação, disponibilização de publicação com rede credenciada, realização de palestras informativas em todas as unidades do SESC-AR/DF, distribuição dos cartões virtuais que possibilitem o atendimento, definição de layout para troca de informações, treinamento e fornecimento de senha para acesso ao sistema da CONTRATADA, bem como outras ações julgadas adequadas para o alcance da melhor prestação de serviços para o beneficiário, que não poderá ficar nenhum dia sem total atendimento, sob pena da CONTRATADA arcar com a integralidade de todas as despesas assistências ocorridas no período de ausência de cobertura, sem prejuízo de outras sanções aplicáveis;
- d) Toda e qualquer movimentação de inclusão ou exclusão será realizada, preferencialmente, pela área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, naquilo que não colidir com a legislação aplicável;
- e) As autorizações para procedimentos e internações eletivas deverão ocorrer nos prazos máximos previstos na RN 259/2011-ANS, e alterações posteriores, a partir da solicitação do beneficiário perante a CONTRATADA.
 - i. Caso os prazos sejam ultrapassados, a CONTRATADA deverá, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, apresentar as devidas justificativas, sob pena de aplicação das sanções previstas em



contrato;

- f) Todas as negativas de autorizações deverão ser comunicadas formalmente aos beneficiários e acompanhadas de justificativa técnica, que deverá também ser apresentada aos gestores e fiscais da CONTRATANTE, observando-se o sigilo médico, as regras gerais dos Conselhos Federal e Regional de Medicina e os termos da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018;
- g) Todas as solicitações de esclarecimentos relativos a utilização do plano de saúde oriundas da Ouvidoria do SESC-AR/DF deverão ser respondidas em até 01 (um) dia útil para os casos de emergência/urgência e em até 48 (quarenta e oito) horas úteis para os demais casos;
- h) As seguradoras poderão emitir apólice de seguro em substituição às notas fiscais.

7. DA UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA/REFERENCIADA

- 7.1 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da CONTRATADA, de acordo com o plano por ele subscrito, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos;
- a) Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à CONTRATADA efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário, desde que atestadas por ele;
 - b) O pagamento das despesas, atestadas pelo beneficiário no momento da utilização e cobertas pelo plano de saúde, será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado;
 - c) No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão fornecido pela CONTRATADA do plano de saúde;
 - d) A CONTRATADA poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme preconiza a ANS e normas próprias de operacionalização, mas dará ampla publicidade destes mecanismos a todos os beneficiários.



8. DA JUNTA MÉDICA

- 8.1 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica, nos termos da RN 424/2017-ANS, observando-se:
- a) A junta médica será constituída por três membros, sendo um membro constituído por cada uma das partes, e o terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais;
 - b) A remuneração ficará a cargo da CONTRATADA, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da CONTRATADA, caso em que seus honorários serão de responsabilidade do beneficiário.

9. DA REDE DE PRESTADORES

- 9.1 A CONTRATADA reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/98, mediante comunicação;
- 9.2 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação com 30 (trinta) dias de antecedência, observadas as regras para continuidade de tratamentos previstas neste instrumento, exceto nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor, conforme as normas estabelecidas pela Agência Reguladora;
- 9.3 Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da CONTRATADA durante período de internação de beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência;
- 9.4 No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução será necessária autorização prévia da ANS e prévia notificação a CONTRATANTE;
- 9.5 Sempre que houver supressão da rede credenciada/referenciada, em especial se relacionadas a laboratórios, centros hospitalares ou prestadores de referência, a CONTRATADA obriga-se a comunicar imediatamente a CONTRATANTE, bem



como aos beneficiários em ciclos de atendimento nos prestadores excluídos;

- 9.6 A CONTRATADA deverá disponibilizar, no seu site e/ou em aplicativo, a relação completa da rede de atendimento com dimensionamentos e especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc., para atendimento aos beneficiários.

10. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 10.1 Das coparticipações: O percentual de coparticipação será aplicado conforme percentuais e limites abaixo definidos:
- a) Consultas eletivas: 10%, sem limite de valor por evento;
 - b) Consulta pronto socorro: 20%, sem limite de valor por evento;
 - c) Exames laboratoriais básicos, exames de imagens de quaisquer naturezas, procedimentos básicos ou especiais: 15%, sem limite de valor por evento;
- 10.2 Para os aderentes dos Planos 1 e 2 o limite máximo mensal de desconto, considerando-se o montante de todas as coparticipações aplicáveis, para todos os casos previstos neste item, está limitado a R\$ 200,00 (duzentos reais) por beneficiário/mês, exaurindo-se o total dentro do mês, vedada a cumulatividade de saldo residual de determinado mês para desconto nos meses posteriores;
- 10.3 Para os aderentes do Plano 3 o limite máximo mensal de desconto, considerando se o montante de todas as coparticipações aplicáveis, para todos os casos previstos neste item, está limitado a R\$ 300,00 (trezentos reais) por beneficiário/mês, exaurindo-se o total dentro do mês, vedada a cumulatividade de saldo residual de determinado mês para desconto nos meses posteriores;
- 10.4 Em caso de não renovação do contrato para o período subsequente, a CONTRATANTE se obriga a quitar a fatura mensal de coparticipação, relativa a coparticipações ainda não contabilizadas após a rescisão contratual, devidamente comprovadas pela apresentação do Relatório de Sinistralidade e Utilização previstos neste instrumento;
- 10.5 Das coparticipações aplicáveis aos casos de Saúde Mental: A CONTRATADA deverá prestar atendimento para todos os casos relativos à Saúde Mental previstos no Capítulo V, do Código Internacional de Doenças, aplicando-se a RN 465/2021 naquilo que não colidir com o disposto neste Edital, conforme a seguir:
- a) O beneficiário fará jus a até 30 (dias) dias de internação por ano de vigência do



contrato, para todos os casos previstos no Capítulo V, do Código Internacional de Doenças. Findo este período poderá ser aplicada a coparticipação de 50% (cinquenta por cento), com exceção da alínea seguinte;

- b) Exclusivamente para os diagnósticos F00 a F09; F20 a F29; F70 a F79 e F90 a F98, o limite de diárias de internação deverá ser estendido para até 180 (cento e oitenta) dias por ano de vigência contratual. Findo este período poderá ser aplicada a coparticipação de 50% (cinquenta por cento);
- c) O beneficiário também poderá utilizar até 8 (oito) semanas em hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não contabilizáveis no número de diárias para internação.

10.6 Da inaplicabilidade de coparticipações: Não poderá incidir coparticipação para os seguintes casos:

- a) Câncer, incluindo os exames e procedimentos para tratamento, tais como quimioterapia, radioterapia, medicação ambulatorial e hospitalar, exames de marcadores tumorais, exames anatomopatológicos, petscan, cintilografias, raios X, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- b) Diálises e hemodiálises, incluindo os exames, medicações e procedimentos, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- c) Tratamento de cardiopatia terminal, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- d) Acidente Vascular Isquêmico Grave e incapacitante, assim definido por relatório do médico assistente, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença;
- e) Esclerose múltipla, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID's correlacionados a esta doença;
- f) *Home care*, incluindo os exames, medicações e procedimentos para tratamento;
- g) Alzheimer, AIDS, Doença de Paget (osteíte deformante), Doença de Parkinson, Doenças autoimunes crônicas incuráveis, assim determinadas pelo médico assistente, bem como quaisquer outros procedimentos ligados aos CID 's correlacionados a esta doença.

10.7 Os casos crônicos atualmente em tratamento na população da CONTRATANTE



estão informados nos anexos a este Termo de referência, nos termos da legislação vigente, em especial à Lei Geral de Proteção de Dados;

- 10.8 Deverá ser fornecido pela CONTRATADA, no prazo de 24 horas da solicitação, os valores referentes à coparticipação e/ou mensalidade de empregados desligados, a fim de que se possa efetuar os descontos em rescisão de contrato do mesmo;
- 10.9 Havendo valores pendentes e não informados pela CONTRATADA no prazo estabelecido, caberá à CONTRATADA a cobrança direta ao desligado, utilizando-se de meios próprios, não cabendo qualquer tipo de responsabilidade à CONTRATANTE;
- 10.10 O beneficiário não efetuará nenhum desembolso quando utilizar a rede credenciada/referenciada;
- 10.11 A fatura de coparticipação, que será enviada juntamente com a fatura mensal, será composta de relatório analítico, discriminando: dia do atendimento, prestador, evento realizado, valor do evento, valor da coparticipação unitária e valor total das coparticipações no mês, dentre outras informações relevantes. Estas informações poderão ser disponibilizadas em website ou aplicativo da própria Operadora;
- 10.12 É vedada a aplicação de quaisquer outros mecanismos de regulação, sem o prévio consentimento da CONTRATANTE;
- 10.13 É vedada a obrigatoriedade de utilização do Médico de Família ou clínicas referenciadora/autorizadoras que limitem o acesso do beneficiário a quaisquer serviços previstos no plano de saúde;
- 10.14 Atualmente, o valor médio da fatura de coparticipação é de R\$ 17.000,00 (dezesete mil reais).
- 10.15 A exclusão de coparticipação ou a aplicação de percentual menor que os descritos neste item pela licitante não servirá como critério de vantajosidade competitiva ou desempate de preços.

11. DAS CARÊNCIAS

- 11.1 Ficam isentos de carências os titulares e dependentes inscritos em até 30 (trinta) dias após do início de vigência do contrato de Plano de Saúde e que preencham os pré-requisitos do artigo 5º., da RN 259/2009-ANS;
- 11.2 Para todos aqueles que já possuam elegibilidade de ingresso no início de



vigência, mas que aderirem ao contrato após o 30 (trinta) dias do início da vigência, serão aplicadas as seguintes carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, incluindo complicações gestacionais;
- b) Até 30 (trinta) dias, no máximo, para consulta, exames simples, fonoaudiologia, psicomotricidade, acupuntura, psicoterapia, terapia ocupacional e nutrição;
- c) Até 180 (cento e oitenta) dias, no máximo, para todos os demais procedimentos;
- d) 24 (vinte e quatro) meses para internação obstétrica;
- e) 24 (vinte e quatro) meses para doenças e lesões pré-existentes.

11.3 A CONTRATADA poderá reduzir os prazos de carências, mas não poderá ampliá-los, sem que tal redução seja critério para desempate ou vantagem competitiva;

11.4 A CONTRATADA deverá fornecer, sem quaisquer ônus, médico pertencente a sua rede credenciada para dirimir eventuais dúvidas dos beneficiários sobre eventuais carências aplicáveis;

11.5 Os novos funcionários terão o prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados a partir da data de assinatura do contrato de trabalho, para solicitar a sua inclusão e a dos seus dependentes no plano de saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos,

11.6 Para os novos funcionários optantes, mesmo que aderentes dentro do prazo convencionado, é permitida a aplicação de carência para internação obstétrica de 24 (vinte e quatro meses);

11.7 Poderão ser incluídos dependentes no Plano de Saúde, após o início de vigência, sem cumprimento de carência, para os seguintes casos e desde que cumpridos os prazos assinalados:

- a) Nascituros: até 30 (trinta) dias data do nascimento;
- b) Cônjuge: até 30 (trinta) dias da data do casamento ou da data de emissão da escritura de união estável;
- c) Filhos adotivos: até 30 (trinta) dias da data da sentença que homologou a adoção, aproveitando-se as carências já cumpridas pelo adotante;
- d) Afastados por licença sem vencimento: até 30 (trinta) dias do retorno as atividades, assim definido pela área de recursos humanos.



12. DO REEMBOLSO

- 12.1 O beneficiário e seus respectivos dependentes terão direito a reembolso até o limite da despesa incorrida, sempre que utilizar os serviços assistências de prestadores de serviços não pertencentes a rede credenciada/referenciada, podendo ser parcial ou total, conforme plano escolhido, as regras da CONTRATADA e legislação aplicável;
- 12.2 O reembolso também será devido quando não for possível o atendimento de urgência/emergência na rede credenciada/referenciada da CONTRATADA, conforme plano escolhido pelo beneficiário;
- 12.3 Deverá ser apresentada Tabela de Referência de reembolsos com valores não inferiores aos dispostos nas tabelas AMB 92, LPMs 96/99 e CBHPM, ou Tabela de Reembolso equivalente da CONTRATADA, quando utilizadas para a remuneração comprovada e auditável dos prestadores, adaptada para atendimento da Lei nº 9.656/98, suas emendas e complementos;
- 12.4 O pagamento do reembolso deverá ser efetuado através de crédito em conta corrente do beneficiário titular, de acordo com os valores da Tabela escolhida em contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados da apresentação dos documentos solicitados pela operadora/seguradora;
- 12.5 A solicitação de documentação complementar pela CONTRATADA suspende a contagem do prazo para pagamento, reiniciando-se no dia útil seguinte a apresentação do documento exigido;
- 12.6 A prescrição do direito de pedir reembolso obedecerá as regras legais, exceto em caso de flagrante, desde que não reduza direitos previstos nas legislações mais benéficas aplicáveis;
- 12.7 A solicitação reiterada de documentos com o fito de protelar o reembolso será objeto de análise e aplicação de eventual punição à CONTRATADA.

13. DOS BENEFICIÁRIOS:

- 13.1 Poderão ingressar nos planos todos os beneficiários elegíveis nos termos da Lei 9.656/1998 e da RN 195/2009, sem limite de idade, conforme a seguir:
 - a. Titulares: empregados, presidente e dirigentes;



b. Dependentes legais:

- i. cônjuge;
- ii. filhos naturais ou adotivos, solteiros, até 21 anos incompletos, ou até 24 anos, se estudantes;
- iii. filhos inválidos, sem limite de idade, considerados aqueles elegíveis para efeito de imposto de renda;
- iv. companheiro(a) desde que apresentem a escritura pública;
- v. menor tutelado ou sob guarda, por sentença judicial;
- vi. enteados, mediante comprovação;

c. Aposentado(a): desde que oriundo de plano anterior, nos termos da Lei 9656/1998;

d. Ex-empregados, demitidos sem justa causa, desde que solicitada a manutenção da condição em até 30 (trinta) dias após a cessação do vínculo empregatício com o SESC-AR/DF;

e. Agregados já existentes: pai e/ou mãe, irmãos, filhos maiores de 24 anos, desde que participantes do plano atual, que serão cadastrados no mesmo plano do titular, ressaltando-se que, após o início do contrato, não serão aceitas novas inclusões de agregados para esta categoria além das existentes, mesmo aqueles ligados aos novos empregados;

13.2 Mensalmente, os dados de utilização dos beneficiários deverão ser encaminhados ao médico indicado pelo SESC-AR/DF, conforme condições e termos de responsabilidade e sigilo definido pela CONTRATADA.

14. DA FORMA DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

14.1 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos termos constantes deste Termo de referência;

14.2 Deverá ser disponibilizado meio eletrônico para movimentação cadastral via Internet (inclusão, exclusão, alteração) e para acompanhamento das faturas, cujo treinamento e fornecimento de senhas de acesso será de responsabilidade da CONTRATADA dentro do período de implantação;

14.3 A exclusão de beneficiário será preferencialmente realizada pela área de Recursos Humanos da CONTRATANTE, observada disposição da RN 412/2016;

14.4 Somente o beneficiário titular poderá solicitar a inclusão ou exclusão de



- dependente, que será tramitada pela área de recursos humanos do SESC-AR/DF;
- 14.5 Os dependentes, indicados pelo beneficiário titular, serão incluídos no mesmo plano escolhido pelo titular;
 - 14.6 As inclusões ocorrerão durante o mês, com cobrança do valor sob o regime pro-rata no mês subsequente;
 - 14.7 As exclusões deverão obedecer ao mesmo regime de cobrança pró-rata, com os valores referentes as diferenças creditadas na fatura do mês seguinte a exclusão;
 - 14.8 A exclusão em decorrência de falecimento ocorrerá no dia seguinte a comunicação do fato a área de Recursos Humanos do SESC-AR/DF;
 - 14.9 A exclusão do beneficiário titular implicará necessariamente na exclusão dos seus dependentes;
 - 14.10 Em caso de falecimento do demitido, os beneficiários poderão permanecer no plano, desde que custeando a totalidade do plano de saúde, gozando da continuidade do benefício até finalizar o período de direito remanescente do titular falecido ou solicitar a aplicação da remissão, o que for mais benéfico aos beneficiários do *de cujus*.

15. DO CUSTEIO DO PLANO DE SAÚDE/SEGURO SAÚDE

- 15.1 O custeio das mensalidades dos titulares participantes do plano de saúde é parcialmente contributivo conforme a seguir:
 - a. Para funcionários do segmento de Suporte Operacional, Suporte Administrativo, Suporte Técnico Atendimento, Assessor IV, Motorista da Direção e Secretário Escolar: subsídio de 80% (oitenta por cento);
 - b. Para funcionários do segmento de Análise Administrativa, Análise Atendimento Especializado, Assessor III, Coordenador Pedagógico, Orientador Educacional, Supervisor de DFE: subsídio de 70% (setenta por cento);
 - c. Para funcionários do segmento de Análise (Exceção), Assessor II, Assistente da Direção de Área, Assistente do Conselho/Direção Regional, Diretor Pedagógico, Supervisor de Área, Supervisor de UPS: subsídio de 60% (sessenta por cento);
 - d. Para os funcionários das Funções de Assessor Executivo, Assessor I, Consultor Jurídico, Coordenador de Área, Coordenador Jurídico, Diretor de Área, Diretor Regional e Gerente de UPS: subsídio de 50% (cinquenta por



cento).

- 15.2 As mensalidades dos agregados serão 100% custeadas pelos respectivos empregados titulares, onde o SESC-AR/DF será o responsável financeiro pelo pagamento, efetuando o desconto posterior junto ao titular a este ligado;
- 15.3 Não será admitida cobrança de taxa de implantação, mesmo para novas inclusões de novos beneficiários;
- 15.4 A partir de abril/2019 o custo do plano de saúde para dependentes são custeados integralmente pelo respectivo titular, mas os dependentes já participantes do plano, anteriormente a esta data, possuem o mesmo subsídio do titular.

16. DO REAJUSTE CONTRATUAL

- 16.1 Os reajustes poderão ocorrer:
 - a. Em função da sinistralidade;
 - b. Em função da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – I.P.C.A.;
 - c. Pela mudança de faixa etária.
- 16.2 O ponto de equilíbrio do contrato é de 75% (setenta e cinco por cento) e sempre que o resultado estiver abaixo deste percentual não caberá reajuste, exceto por mudança de faixa etária;
- 16.3 Do reajuste em função da sinistralidade: Com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial e a qualidade dos serviços a serem prestados pela CONTRATADA, a mensalidade paga pelo SESC-AR/DF poderá ser reajustada anualmente, independente do reajuste aplicável pela mudança de faixa etária, quando a sinistralidade apurada ultrapassar o percentual de 75% (setenta e cinco por cento) do total das receitas arrecadadas, mediante acordo entre as partes;
 - a) No primeiro aniversário, em caso de intenção de renovação formalmente manifestada pelo SESC-AR/DF e a seu exclusivo critério, poderão ser desconsideradas as 03 (três) primeiras mensalidades pagas e os 03 (três) primeiros meses de despesas assistenciais do contrato;
 - b) Entende-se como “sinistralidade financeira” a diferença em moeda corrente nacional, apurada entre “todas as receitas pagas”, subtraída de “todas as despesas ocorridas”, devidamente auditadas e aprovadas pela CONTRATANTE;



- c) O reajuste em função da sinistralidade será negociado sempre que a razão percentual apurada sobre o “total das despesas financeiras assistenciais no período”, aplicada sobre o “total de receitas financeiras pagas no mesmo período”, superar o ponto de equilíbrio de 75% (setenta e cinco por cento);
- d) O “percentual de reajuste por sinistralidade” será apurado pela diferença entre o “percentual de sinistralidade” e o “ponto de equilíbrio” e sempre que o resultado desta apuração for “negativo” caberá negociação técnica e comercial relativa ao “reajuste em função da sinistralidade”.
- 16.4 Do reajuste pelo I.P.C.A.: a mensalidade poderá ser reajustada pela variação acumulada anual do I.P.C.A medida pelo IBGE, ou por outro índice que venha a substituí-lo, sempre que a sinistralidade apurada superar o ponto de equilíbrio de 75% (setenta e cinco por cento). Portanto, a incidência do I.P.C.A.. somente ocorrerá se a sinistralidade superar o ponto de equilíbrio contratual;
- 16.5 Do reajuste total: Ao final do período de 12 (dode) meses a negociação do “reajuste total” incluirá o “percentual de reajuste por sinistralidade” somado ao “percentual apurado do I.P.C.A.”, desde que a sinistralidade apurada seja superior a 75%;
- 16.6 Caso a sinistralidade apurada seja menor que o ponto de equilíbrio de 75% (setenta e cinco por cento) não será aplicado nenhum reajuste, nem por sinistralidade e nem pelo I.P.C.A, pois ter-se-á que o preço cobrado pela operadora/seguradora é suficiente para fazer frente ao montante de despesas assistenciais realizadas pelos beneficiários do SESC-AR/DF;
- 16.7 Em nenhuma hipótese o SESC-AR/DF realizará pagamento de aportes financeiros no curso do contrato, devendo todo e qualquer reajuste ser aplicado somente na época do aniversário, exceto para os casos de mudança de faixa etária;
- 16.8 Do reajuste por faixa etária: No mês subsequente ao aniversário do beneficiário que atinja a idade limite de cada faixa, automaticamente, esse será inserido na faixa seguinte, prevalecendo, por consequência, a mensalidade da respectiva faixa etária;
- 16.9 Durante o período de vigência contratual os custos serão fixos e imutáveis, não cabendo reajuste ou revisão, ressalvada a ocorrência de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária do beneficiário, conforme Tabela de Custos apresentada pela CONTRATADA;
- 16.10 Portanto, as únicas formas de modificação positiva dos valores das



mensalidades serão:

- a) em função da sinistralidade, no aniversário do contrato, apurada pela diferença percentual que ultrapassar o ponto de equilíbrio de 75% (setenta e cinco por cento);
- b) em função do I.P.C.A., no aniversário do contrato, pelo percentual apurado pela CONTRATADA, considerando-se as peculiaridades do grupo de beneficiários do SESC-AR/DF, e somente em caso de sinistralidade superior a 75% (setenta e cinco por cento);
- c) em função da alteração dos preços pela modificação de faixa etária (no mês seguinte a alteração da faixa etária do beneficiário), no curso do contrato.

17. DO PAGAMENTO MENSAL, DA MULTA POR INADIMPLENCIA E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

- 17.1 O pagamento da fatura mensal poderá ocorrer até o décimo dia dentro do mês de risco, por acordo entre as PARTES;
- 17.2 O SESC-AR/DF é instituição fiscalizada pelo Tribunal de Contas da União – TCU e, por tal motivo, não pode incorrer no pagamento de multa por atraso. Entretanto, caso ocorra quaisquer atrasos injustificados, poderá ser aplicada multa de até 2% (dois por cento) por mês de atraso, acrescido de 1% juros ao mês, pró rata die de atraso;
- 17.3 Eventuais inconsistências no faturamento, desde que devidamente justificadas, poderão ser ajustadas no mês subsequente;
- 17.4 O prazo de vigência será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais períodos, até o limite máximo de 60 (sessenta) meses, nos termos da Resolução SESC-AR/DF 1.252/2012;
- 17.5 A renovação ocorrerá se verificada a vantajosidade para o SESC-AR/DF e após aferição da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários;
- 17.6 Em até 90 (noventa) dias anteriores ao encerramento da vigência do contrato, a CONTRATADA apresentará a proposta de renovação contratual, contendo a comprovação e composição do(s) percentual(is) de reajuste pretendido;
- 17.7 Em até 30 (trinta) dias do encerramento da vigência a CONTRATANTE deverá se manifestar sobre a renovação contratual.



18. DO ACOMPANHAMENTO E DA GESTÃO DO CONTRATO

- 18.1 Na prestação de serviços e informações, bem como tudo o mais que for devido em razão deste Edital, seus anexos e no contrato a ser celebrado, deverão ser observados fielmente as disposições de sigilo médico profissional, em especial as recomendações do Código de Ética dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, todas as Resoluções Normativas da ANS, em especial a RN 389/2015, a Lei Geral de Proteção de Dados n. 13.709/2018 e a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial o princípio da dignidade da pessoa humana;
- 18.2 A CONTRATADA designará médico auditor para contato técnico com os médicos ou enfermeiros indicados pelo gestor do contrato, para apresentação de dados referentes a casos complexos e de alto custo, bem como para esclarecimentos de divergências e questionamentos relativos à conduta e encaminhamentos no atendimento aos beneficiários;
- 18.3 Todos os dados relativos ao sigilo médico, assim como senha de acesso a estes dados, quando couber, deverão ser fornecidos exclusivamente aos médicos ou enfermeiros, designados pelo CONTRATANTE;
- 18.4 Para a fiscalização e administração dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar senha para acesso ao sistema de dados, em área logada exclusiva destinada à CLIENTES, e que contenha, entre outras informações:
- a) cálculo da sinistralidade mês a mês e acumulada;
 - b) quantidade e percentual de beneficiários acima de 59 anos;
 - c) quantidade e percentual de mulheres entre 30 e 39 anos;
 - d) indicadores de utilização divididos entre consulta, exames, procedimentos;
 - e) indicadores de utilização de pronto socorro separadas entre titular e dependente;
 - f) ranking financeiro dos principais prestadores;
 - g) ranking financeiro dos maiores usuários, com os respectivos CID 's, separados por titular e dependente, excluindo-se quaisquer dados que possam levar a identificação do beneficiário;
 - h) ranking financeiro de internações com o respectivo CID, separados por titular e dependente, demonstrando perfil patológico de permanência do paciente como alto custo, excluindo-se quaisquer dados que possam levar a identificação do beneficiário;



- i) outros dados gerenciais julgados adequados pelo expertise da operadora/seguradora e que possam auxiliar na administração e acompanhamento do contrato.
- 18.5 A CONTRATADA deverá possibilitar aos médicos ou enfermeiros indicados pelo CONTRATANTE, nos termos do sigilo legal aplicável e do contido neste instrumento, o acesso a todas as informações relativas às despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, para acompanhamento do Contrato, conforme parâmetros e periodicidade definidos pelo CONTRATANTE;
- 18.6 A CONTRATADA deverá elaborar e aplicar, anualmente, conjuntamente com o SESC-AR/DF, Questionário de Perfil de Saúde de todos os BENEFICIÁRIOS, cujos resultados deverão ser disponibilizados ao serviço médico do SESC-AR/DF para desenvolvimento de políticas de saúde;
- 18.7 A CONTRATADA se obriga a desenvolver Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, conjuntamente com o SESC-AR/DF e quando por este solicitado, abordando os perfis de riscos identificados pela área de recursos humanos da CONTRATANTE;
- 18.8 A CONTRATADA se obriga a disponibilizar um gerente de conta, ou seja, pessoa dedicada ao atendimento do contrato do SESC-AR/DF, por telefone e/ou e-mail, ou outro mecanismo que a CONTRATADA possa oferecer;
- 18.9 A CONTRATADA se obriga a comunicar imediatamente a CONTRATANTE se, em virtude de sentença ou acórdão judicial, for compelida ao fornecimento de medicamento ou quaisquer outras substâncias não autorizadas pela ANVISA ou atendimento de procedimentos não previstos no Rol da ANS, não excepcionados neste instrumento.

19. DA ABORDAGEM DOS TRATAMENTOS EM CURSO

- 19.1 Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do Contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião, tais como (exemplificativamente) crônicos, home care, oncológicos, diabéticos, cardiopatas, renais, grávidas, internados, dentre outros. Na hipótese dos beneficiários em tratamento prolongado, se estes estiverem em recursos médicos ou hospitalares não cobertos pela nova CONTRATADA, poderão ser redirecionados aos centros de atendimento especializados com a cobertura do novo plano, desde que autorizados pelo



médico assistente;

- 19.2 Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do Contrato, em prestador não participante da rede credenciada/referenciada da CONTRATADA, poderão ser removidos para centro hospitalar participante da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste na rede da CONTRATADA. Nas hipóteses de autorização de remoção pelo médico assistente, devidamente justificada, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, os CONTRATANTES não se responsabilizarão pelas respectivas despesas;
- 19.3 Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de implantação do novo plano, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo hospital/clínica no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados do novo Contrato;
- 19.4 Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de *home care*, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, a depender da evolução do paciente, com indicação médica, podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços por outra pertencente a rede credenciada/referenciada da CONTRATADA, com a supervisão do médico assistente;
- 19.5 Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 semanas no início da vigência do Contrato, com o mesmo médico assistente e, preferencialmente, no mesmo centro hospitalar já escolhido pela gestante;
- 19.6 Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso, tais como ciclo de quimioterapia, deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo prestador, permitindo-se o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados da nova CONTRATADA;
- 19.7 Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias crônicas, graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados da nova CONTRATADA.



20. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

- 20.1 Em se tratando de sua qualificação técnica, os interessados deverão apresentar:
- a. Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- 20.2 Atestado(s) de Capacidade Técnica expedido por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando que executa ou executou prestação de serviço compatível com as características e quantidades previstas neste instrumento, admitindo-se a soma de atestados para efeito de comprovação da quantidade requerida de números de vidas, desde que relativos a períodos simultâneos e expedidos após a conclusão do contrato ou decorrido, pelo menos, um ano do início da execução;
- 20.3 Os atestados devem conter o nome, endereço e o telefone de contato do(s) atestador(es), ou qualquer outro meio com o qual a Instituição possa valer-se para manter contato com a(s) pessoa(s) declarante(s);
- 20.4 Comprovação que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), e desde que esse índice tenha sido calculado e divulgado pela ANS, seja igual ou superior a 0,6 para os planos descritos neste documento. Será aceita a comprovação documental oficial da classificação ou a pesquisa na página da ANS.

21. DOS QUANTITATIVOS, FAIXAS ETÁRIAS E OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

- 21.1 São partes integrantes deste Termo de referência:
- a) Anexo I: Ranking financeiro dos 23 maiores usuários sobre sinistro total;
 - b) Anexo II: Ranking dos casos relevantes;
 - c) Anexo III: Distribuição por plano e por faixa etária;
 - d) Anexo IV: Distribuição de todos os sub-grupos por faixa etária;
 - e) Anexo V: Relação de afastados com CID;
 - f) Anexo VI: Relatório de Sinistralidade – Amil S.A.

22. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 22.1 A CONTRATANTE reserva-se o direito de aumentar ou diminuir a quantidade

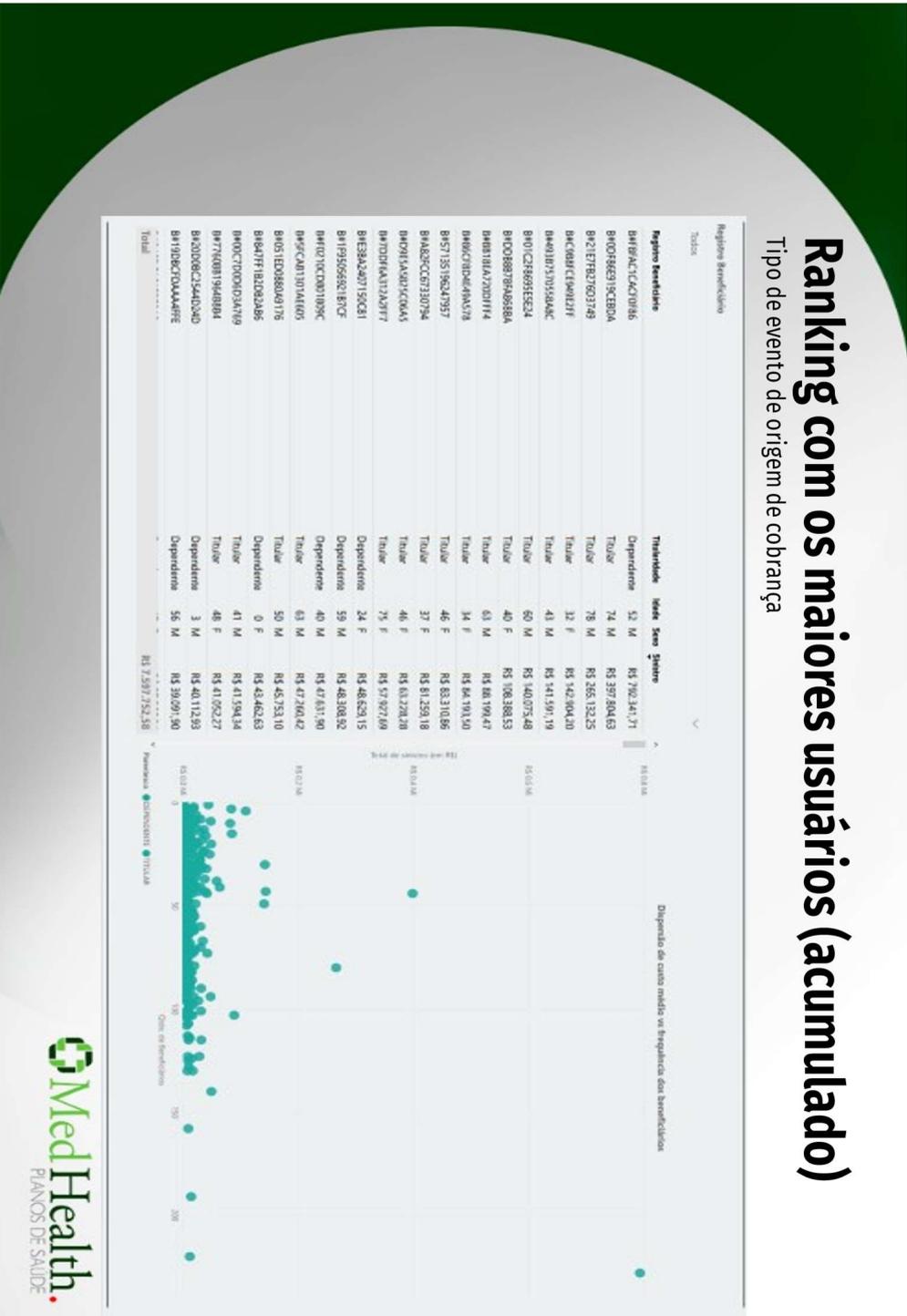


estimada dos serviços e/ou a quantidade de empregados interessados em aderir ao plano de saúde;

- 22.2 Independentemente da supressão ou aumento do número de vidas, quaisquer revisões ou reajuste ou quaisquer outras formas de modificação positiva dos valores apresentados na proposta da licitante, somente poderão ocorrer no aniversário do contrato, exceto nos casos de mudança de faixa etária na época da implantação, já explicitado neste instrumento;
- 22.3 Durante a vigência deste Contrato qualquer comunicação entre as partes deverá ser feita por escrito e toda e qualquer alteração contratual só poderá ser realizada por meio de Termo Aditivo;
- 22.4 Caso seja demonstrado e verificado que o serviço não está sendo realizado a contento, o SESC-AR/DF poderá aplicar as penalidades previstas no artigo 32, da Resolução SESC n. 1.252/2012, ou, ainda, rescindir motivadamente o contrato a qualquer tempo, sem aplicação de multas por parte da CONTRATADA, mediante aviso prévio de 60 dias, garantidos a ampla defesa e o contraditório;
- 22.5 Não é possível informar se há demitidos, agregados, aposentados ou dependentes residentes fora do Distrito Federal;
- 22.6 A totalidade dos titulares ativos residem no Distrito Federal e entorno;
- 22.7 Atualmente, não há pacientes amparados por liminares ou sentenças judiciais;
- 22.8 Há 02 (dois) pacientes iniciados em home care no mês de março/20, cujos custos ainda não foram fechados;
- 22.9 O número de beneficiários pode variar ao longo do Contrato, visto que, mesmo diante do substancial subsídio oferecido pelo SESC-AR/DF, a adesão é facultativa, não havendo nenhuma obrigatoriedade de permanência no plano/seguro de saúde;
- 22.10 A Tabela de Sinistralidade Anual apresentada é relativa ao plano da Amil S.A., com período de apuração de junho/2020 a maio/2021, e que foi mantido com aquela operadora por 20 anos. Durante este período nunca ocorreu quaisquer atrasos de pagamentos. Desde junho/2021 até o presente momento, o SESC-AR/DF possui contrato com a operadora MedHealth Planos de Saúde Ltda. em regime emergencial e, por tal motivo, não é possível a apresentação de relatórios de sinistralidade desta operadora, eis que se encontram em fase de apuração/aferição.

ANEXO I

RANKING 23 MAIORES USUÁRIOS DO SINISTRO TOTAL



ANEXO II

RANKING DE CASOS RELEVANTES

	TOTAL	CID 10	OBS
133.00278.01	790.868,66	N10+N18	Hemodiálise
133.50019.00	265.132,25	I64	Oncológico
133.00521.00	142.997,20	RN	
133.00792.00	141.590,70	S09	TCE- ACID. AUTO
133.00773.00	140.241,48	I35	Cirurgia Cardíaca
133.00891.00	108.388,53	K50.1	Oncológico
133.00836.00	88.199,47	C61	Oncológico
133.00536.00	84.452,20	N80	Endometriose
133.00921.00	81.259,41	Z98.1	Cirurgia de Coluna
133.00338.00	63.373,28	C44	Oncológico
TOTAL	1.906.503,18		

REPRESENTA 25% DO TOTAL DE R\$ 7.597.752,58

CRÔNICOS RELEVANTES	TOTAL	CID 10
133.00338.00	63.228,28	C34
133.00851.01	40.193,93	D59.0
133.00484.02	10.607,49	C64
133.00470.00	47.343,42	C20
133.00429.00	10.469,73	E56.8
133.00338.00	63.228,28	C44
133.00558.00	41.594,34	E66

INTERNADO	CID 10	OBS
133.00792.00	S09	DESDE DEZ/21

Há dois casos recentes de home care sem custo fechado.

ANEXO III

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR PLANO E POR FAIXA ETÁRIA

PLANO OURO I ENF.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	8	10	18
19 a 23	0	0	1	3	4
24 a 28	0	0	2	2	4
29 a 33	2	1	1	2	6
34 a 38	3	1	0	0	4
39 a 43	3	2	0	2	7
44 a 48	2	5	1	0	8
49 a 53	1	1	1	1	4
54 a 58	1	5	1	0	7
> 59	1	0	0	1	2
TOTAL	13	15	15	21	64

PLANO OURO I APT.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	3	2	5
19 a 23	0	0	1	0	1
24 a 28	0	0	0	0	0
29 a 33	1	2	0	1	4
34 a 38	1	0	0	0	1
39 a 43	0	1	0	0	1
44 a 48	2	0	0	0	2
49 a 53	0	0	0	1	1
54 a 58	2	0	0	1	3
> 59	1	1	0	0	2
TOTAL	7	4	4	5	20

PLANO OURO II ENF.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	51	55	106
19 a 23	0	0	18	17	35
24 a 28	0	6	8	11	25
29 a 33	6	11	1	4	22
34 a 38	7	15	5	9	36
39 a 43	17	14	7	4	42
44 a 48	14	23	10	6	53
49 a 53	14	19	4	11	48
54 a 58	8	11	6	4	29
> 59	4	7	4	5	20
TOTAL	70	106	114	126	416

PLANO OURO II APT.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	189	176	365
19 a 23	0	0	43	51	94
24 a 28	6	12	21	19	58
29 a 33	16	35	13	23	87
34 a 38	37	65	23	17	142
39 a 43	53	76	29	42	200
44 a 48	45	55	27	34	161
49 a 53	41	34	16	23	114
54 a 58	29	37	18	17	101
> 59	27	27	13	11	78
TOTAL	254	341	392	413	1400



PLANO LIBERTY ENF.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	6	8	14
19 a 23	0	0	1	1	2
24 a 28	0	0	1	2	3
29 a 33	1	2	0	1	4
34 a 38	2	3	2	1	8
39 a 43	2	4	1	0	7
44 a 48	4	0	1	3	8
49 a 53	1	2	1	1	5
54 a 58	0	1	1	0	2
> 59	1	2	1	1	5
TOTAL	11	14	15	18	58

PLANO LIBERTY APT.	TITULAR		DEPENDENTE		TOTAL
	M	F	M	F	
0 a 18	0	0	39	41	80
19 a 23	0	0	4	7	11
24 a 28	0	2	6	4	12
29 a 33	4	14	6	4	28
34 a 38	9	12	5	9	35
39 a 43	10	18	6	5	39
44 a 48	9	19	11	7	46
49 a 53	5	17	4	2	28
54 a 58	5	5	6	1	17
> 59	13	16	7	7	43
TOTAL	55	103	94	87	339



ANEXO IV

DISTRIBUIÇÃO DE TODOS OS SUB-GRUPOS POR FAIXA ETÁRIA

BENEFICIÁRIOS SESC						
Faixas Etárias	Titulares	Dependentes	Agregados	Titulares Inativos	Dependentes Inativos	Totais
0 a 18	0	585	0	0	3	588
19 a 23	0	146	0	0	1	147
24 a 28	26	70	2	0	4	102
29 a 33	95	49	2	0	5	151
34 a 38	155	66	1	0	4	226
39 a 43	198	95	0	2	1	296
44 a 48	177	98	0	1	2	278
49 a 53	133	60	1	2	4	200
54 a 58	91	54	0	13	1	159
> 59	38	26	3	62	21	150
TOTAL	913	1249	9	80	46	2297



ANEXO V

RELAÇÃO DE AFASTADOS INSS COM CID

Afastados INSS	
Data de Nascimento	CID
04/10/1972	F43.2
01/03/1973	S82 + Z54.4
09/02/1968	C50
09/09/2005	F34
22/12/1979	M54.5
15/02/1978	F32
28/04/1967	M54.2
20/06/1977	F32.1
20/12/1970	F41.1
01/01/1970	F31.3 + M79.0
27/08/1966	M15.9, M51.1, M81.0
25/12/1983	M54.5
15/12/1970	M75.1
30/11/1976	J37.0
02/10/1982	M54.4
24/04/1968	F31.3
10/12/1973	M51.1
01/09/63	E26
11/07/1983	F41
16/10/1981	K90
17/05/1981	F41.2
31/07/1973	M75.5



15/05/1964	C50
10/07/1971	M51.9
07/10/1958	C20
23/01/1964	M51.1
16/02/1976	H40
27/06/1978	S320
20/02/1975	N62
21/05/1963	M75.7
04/02/1976	I80
03/07/1980	F43.2
22/04/1967	F41.1
10/08/1968	F43.2
26/10/1973	S82.6
07/02/1977	M65.8
24/02/1971	F29
03/09/1974	M75.0
16/09/1978	S06.1
07/11/1941	M17.1
05/07/1974	Z54.0
11/12/1958	I80.2
02/04/1968	C16.9
06/11/1969	C16
24/07/1966	I83.9
24/02/1984	M79.7
06/09/1984	M54.5
02/02/1990	F20.0
04/11/1971	E10-I10
23/02/1965	I21
29/09/1972	F41.2
23/08/1974	F41.2
13/02/1984	S93.4
09/11/1973	F41.2
14/03/1989	S52.1



ANEXO VI
RELATÓRIO DE SINISTRALIDADE – AMIL S.A.

amil

Gestão Saúde - Análise de Custos e Receita Emitida/Contábil

Ocultar ou Exibir Filtros

Empresa: Todas

Filial Empresa: Todas

Data de Competência: Junho/2020; Julho/2020; Agosto/2020; Setembro/2020; Outubro/2020; Novembro/2020; Dezembro/2020; Janeiro/2021; Fevereiro/2021; Março/2021; Abril/2021; Maio/2021

Demitidos e Aposentados: Todas

Data de Competência	Receita	Custo Total	Sinistralidade	Qtde Benef. Atendidos	Custo per Capita	Qtde de Vidas
Junho/2020	R\$ 2.210.202,58	R\$ 955.469,43	43,23%	1.046	R\$ 306,53	3.117
Julho/2020	R\$ 2.200.018,98	R\$ 1.449.676,20	65,89%	1.215	R\$ 468,54	3.094
Agosto/2020	R\$ 2.199.838,00	R\$ 1.519.879,82	69,09%	1.437	R\$ 490,76	3.097
Setembro/2020	R\$ 2.109.825,77	R\$ 1.621.517,34	76,86%	1.479	R\$ 545,23	2.974
Outubro/2020	R\$ 2.085.760,17	R\$ 1.400.235,58	67,13%	1.461	R\$ 473,69	2.956
Novembro/2020	R\$ 2.209.897,87	R\$ 1.484.470,89	67,17%	1.424	R\$ 519,59	2.857
Dezembro/2020	R\$ 2.183.250,86	R\$ 1.736.891,74	79,56%	1.433	R\$ 611,37	2.841
Janeiro/2021	R\$ 2.112.184,96	R\$ 1.845.186,84	87,36%	1.472	R\$ 679,63	2.715
Fevereiro/2021	R\$ 2.071.135,92	R\$ 1.454.319,00	70,22%	1.426	R\$ 545,92	2.664
Março/2021	R\$ 1.983.882,44	R\$ 1.501.934,47	75,71%	1.261	R\$ 564,85	2.659
Abril/2021	R\$ 1.957.669,41	R\$ 1.674.974,42	85,56%	1.408	R\$ 646,21	2.592
Maio/2021	R\$ 1.969.110,57	R\$ 1.960.521,36	99,56%	1.362	R\$ 771,25	2.542
Total	R\$ 25.292.777,53	R\$ 18.605.077,07	73,56%	1.369	R\$ 545,48	2.842

Observações: A partir da competência 11/2014, os valores apresentados consideram receita contábil e custos médicos acrescidos de provisões.

Caderno elaborado por:

Adriana Cerqueira Susarte
Coordenadora de Gestão de Pessoas

Marcelo Pinho de Araújo
Supervisão do DP

Paula Emanuelle Deitos de Almeida
Assistente Administrativo/Financeiro