

Anexo I

TERMO DE REFERÊNCIA

DIRETRIZES PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR:

1. São beneficiários da assistência médico-hospitalar prevista neste Instrumento todos os servidores da ARSEP e seus respectivos dependentes legais, os agregados e estagiários, conforme descrito abaixo:

TITULARES: Servidores estatutários e eventuais celetistas

DEPENDENTES:

- a) Esposo ou esposa, em conformidade com o inciso I, do artigo 5º da Constituição Federal;
- b) Companheiro ou companheira em união estável com servidor (a) de acordo com o parágrafo 3º do artigo 226 da Constituição Federal;
- c) Filhos (as) inválidos (as) de qualquer idade;
- d) Filhos (as) solteiros (as) com idade de até 21 (vinte e um) anos;
- e) Filhos (as) solteiros (as) com até 24 (vinte e quatro) anos, comprovadamente estudantes de cursos regulares e sem benefícios previdenciários;
- f) Equiparam-se a filhos o enteado ou menor que por determinação legal esteja sob a guarda ou tutela do segurado e/ou dependente;

AGREGADOS:

Os ascendentes e descendentes do titular, enteados e tutelados, desde que não enquadrados como dependentes legais, sujeitos às carências, conforme Lei 9.656/1998.

A mensalidade do agregado respeitará tabela específica da Contratada.

2. A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA, em tempo hábil, a relação dos beneficiários, bem como comunicará, os eventuais cancelamentos e inclusões que se processarem no curso da execução contratual.

O atendimento nos hospitais/maternidades e rede credenciada deverá ser amplo ao(s) usuário(s).

3. O número inicial de usuários a serem atendidos (titulares, dependentes e agregados) e a respectiva distribuição por faixa etária estão representados na tabela constante do Anexo IX (Minuta do Contrato), item 1.2., da Cláusula Primeira – Do Objeto, assim distribuídos: 06 (seis) titulares; 06 (seis) dependentes e 01 (um) agregado; no total de 13 (treze) beneficiários.

4. Todos os usuários terão direito, quanto ao atendimento médico e hospitalar, aos seguintes serviços, nos termos da Resolução Normativa n.º 338, de 21/10/2013 e alterações, expedidas pela Diretoria Colegiada da ANS, isentos de qualquer despesa:

- a) Clínica médica
- b) Clínica cirúrgica
- c) Clínica pediátrica
- d) Cardiologia
- e) Obstetrícia
- f) Ortopedia
- g) Demais clínicas especializadas

4.1. DA ASSISTÊNCIA

A empresa vencedora deverá, no Plano Proposto, prever todas as coberturas de serviço de acordo com a Lei 9656/98, inclusive as consideradas especiais pela referida Lei, de acordo com os procedimentos a seguir:

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS (DESPESAS COBERTAS)

4.1.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas no Edital, a Operadora garantirá, dentro dos limites do Plano Contratado, a cobertura das despesas relativas a partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como a integralidade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, ressaltando-se que:

- a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- o atendimento, dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência da cobertura contratual, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

CONSULTAS MÉDICAS

4.1.2. Serão cobertas as despesas com Consultas Médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

4.1.3. Exames para Diagnóstico: Serão cobertas as despesas com os Exames para Diagnóstico previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando solicitados pelo médico assistente.

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS.

4.1.4. Serão cobertas as despesas com os Procedimentos Terapêuticos a seguir indicados, realizados em regime ambulatorial, quando prescritos pelo médico assistente:

- Reeducação e Reabilitação Física (Fisioterapia)

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com os procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizados em regime ambulatorial, em número ilimitado de sessões, que podem ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, quando prescritas pelo médico assistente.

- Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

- Psicoterapia

Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com sessões de psicoterapia quando prescritas pelo médico assistente e de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento, que podem ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

4.1.5. Serão cobertas as despesas efetuadas pelo Beneficiário, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, com os tratamentos terapêuticos abaixo relacionados, considerados especiais, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento, realizadas em regime ambulatorial (mesmo que em ambiente hospitalar), quando prescritos pelo médico assistente:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais

PLANEJAMENTO FAMILIAR

4.1.6. Serão cobertas as despesas com ações de planejamento familiar, que devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas, de forma específica, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROTERON A (SDHEA);
- implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal, incluindo o dispositivo;
- implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo.

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

4.1.7. Serão cobertas as despesas com cirurgias de pequeno porte, inclusive aquelas de natureza oftalmológica, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar.

ATENDIMENTOS EM UNIDADES DE PRONTO-SOCORRO E DE PRONTO ATENDIMENTO

4.1.8. Serão cobertas as despesas com atendimentos realizados em unidades de pronto-socorro, geral ou especializado, ou de pronto atendimento, abrangendo:

- consulta médica de urgência;
- atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência;
- permanência, se necessária, em instalação adequada para observação clínica, pelo período máximo de 12 (doze) horas;
- aplicação de injeções, curativos e inalações de urgência;
- taxa de sala de gesso ou de cirurgia ambulatorial;
- medicamentos, anestésicos, gases medicinais e materiais hospitalares, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro.

REMOÇÕES

4.1.9. Serão cobertas as despesas com remoção inter-hospitalar (de hospital para hospital) do Beneficiário em ambulância, por via terrestre e por recomendação médica, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Contrato de acordo com Resolução Normativa nº 347/2014.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

4.1.10. As despesas cobertas decorrentes de Internações Hospitalares do Beneficiário, de ordem clínica, cirúrgica ou obstétrica, por indicação médica, de acordo com a natureza da doença ou porte da cirurgia, em conformidade com os critérios estabelecidos no Contrato, abrangem:

4.1.10.1. DESPESAS HOSPITALARES

- cobertura de todas as modalidades de internação hospitalar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- cobertura de 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;
- cobertura de taxas de sala, equipamentos e serviços, incluindo materiais utilizados;
- cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
 - a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - b) idosos a partir do 60 anos de idade;

c) pessoas portadoras de deficiências.

HONORÁRIOS MÉDICOS

4.1.10.2. São cobertas as despesas com honorários médicos, relativos aos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados durante a internação hospitalar, de acordo com a natureza do tratamento médico prestado e/ou porte dos procedimentos realizados, observando-se que:

- os honorários médicos incluem os serviços prestados pelo médico assistente, auxiliares e anestesista;
- nos casos de cirurgia, a assistência pré e pós operatória estará incluída nos limites fixados para honorários médicos.

4.1.11. As Internações Clínicas serão cobertas nos casos agudos, de Emergência ou Urgência, que não possam ser tratados ambulatorialmente.

4.1.12. Estão, igualmente, cobertas as despesas médico-hospitalares para os procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento, realizadas por profissional habilitado pelo seu conselho de classe, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.1.13. Também estão cobertas as despesas médico-hospitalares para cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com utilização de todos os meios e técnicas necessárias, para tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer, incluindo todos os procedimentos previstos, de forma específica para a segmentação hospitalar, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.

4.1.14. É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária para a realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar.

4.1.15. Em se tratando do atendimento odontológico o cirurgião dentista assistente e/ou 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; os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico necessitam ser realizados em ambiente hospitalar, não estão inclusos na cobertura.

4.1.16. Os Beneficiários serão acomodados, sem ônus adicional, em acomodação superior àquela contratada quando, no momento da internação, não houver leito disponível nesse nível. Contudo, tão logo uma vaga de leito em nível contratual seja disponibilizada, será efetuada a transferência do paciente.

4.1.17. É certo que a assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, se dará, exclusivamente, a critério do médico assistente.

4.1.18. Estão cobertos os seguintes procedimentos considerados especiais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações;
- Radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente na época do evento.
- Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época o evento exceto fornecimento de medicação de manutenção.

COBERTURA DE EVENTOS ESPECIAIS

DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS E DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

4.2.1. AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, junto a médico ou estabelecimento médico, decorrentes de AIDS e suas consequências.

4.2.2. Outras Doenças Infecto-Contagiosas e de Notificação Compulsória

Serão cobertas as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, decorrentes das demais Doenças Infecto-Contagiosas, de Notificação Compulsória ou não, previstas na CID-10, e suas consequências.

TRANSPLANTES

4.3. Serão cobertas as despesas médico-hospitalares, decorrentes de Internações Hospitalares, efetuadas pelo Beneficiário Titular, para o seu tratamento ou de seus dependentes incluídos no Contrato, em razão de qualquer

dos transplantes de córnea, rim e autólogo de medula e os que venham a ser listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS conforme normativo vigente à época do evento.

4.3.1. A cobertura de Transplantes abrange, ainda, as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação que normatiza tais procedimentos, entendendo-se como despesas com procedimentos vinculados todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora à qual está vinculado o beneficiário receptor;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos a serem transplantados, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3.2. Os Beneficiários, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e seleção, observando-se que a lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Saúde Mental.

SAÚDE MENTAL

4.4. Estão cobertos todos os procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infringidas.

4.4.1. Ressalta-se que a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

4.4.2. A cobertura psiquiátrica em regime ambulatorial garantirá:

- a) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

4.4.3. A cobertura psiquiátrica em regime hospitalar garantirá o custeio integral.

4.4.4. Também será garantida a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia para transtornos mentais, que será dada em conformidade com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização, parte integrante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na época do evento.

4.4.5. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

COBERTURA OBSTÉTRICA

4.5. A cobertura de parto somente será garantida quando a mãe seja beneficiária inscrita no Contrato e já tenha cumprido o prazo de carência específico, contratualmente previsto.

4.5.1. Desde que os prazos carências contratualmente previstos para, conforme o caso, consultas eletivas, exames ambulatoriais e partos a termo já tenham sido integralmente cumpridos, a cobertura obstétrica abrangerá:

- a) assistência pré-natal, compreendendo consultas periódicas e exames complementares necessários;
- b) assistência, cirúrgica ou não, ao parto e puerpério;
- c) despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, de um acompanhante, indicado pela parturiente, durante o:

- pré-parto;

- parto;

- pós- parto, por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente, ou por até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

d) assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário Titular, ou de dependente seu inscrito no Contrato, durante os primeiros 30 dias após o parto;

e) garantia de inclusão do recém-nascido no contrato, com isenção de carências e/ou de CPT ou Agravo, desde que essa inclusão seja solicitada antes que se encerre o período de 30 dias acima referido.

4.5.2. Pós-parto imediato é entendido como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

5. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas no edital, a Operadora garantirá, dentro dos limites do Plano Contratado, a cobertura das despesas relativas a partos e tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde.

5.1. Com relação às consultas, deverá ser adotado o procedimento disposto na legislação pertinente, (Lei nº 9.656/1998 com suas alterações e demais aplicáveis ao caso);

5.2 As consultas gerais e com especialistas serão realizadas em consultórios e/ou ambulatorios da Contratada, por profissionais por ela credenciados e/ou entidades prestadoras de serviços sob a responsabilidade da Contratada, com atendimento em horário pré-determinado, com profissional livremente escolhido, dentre os credenciados, pelo usuário do plano.

5.3. As pequenas intervenções cirúrgicas terão lugar no consultório particular, ambulatório ou hospital escolhido dentre aqueles credenciados pela Contratada.

5.4. Em caso de urgência, o atendimento será efetuado em horário diurno e noturno, conforme consta em manual de rede de atendimento, inclusive sábados, domingos e feriados, em locais credenciados pela Contratada.

6. Com relação aos serviços hospitalares, deverá ser adotado o procedimento disposto na legislação pertinente.

6.1. Os usuários terão direito a internação hospitalar em acomodações tipo apartamento, para tratamento nos serviços definidos neste Anexo, dentre os indicados na proposta da contratada, através do manual de rede de atendimento da operadora de saúde, para seu atendimento.

6.2. Os atendimentos de serviços hospitalares deverão possuir as seguintes coberturas mínimas previstas na Lei 9.656/1998 e alterações, como:

- a) diárias hospitalares (adulto, pediátrico e neonatal)
- b) salas de cirurgia e de parto, incluindo materiais e medicamentos
- c) serviços de anestesia
- d) serviços de enfermagem
- e) exames e tratamentos complementares requisitados pelo médico
- f) internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (neonatal pediátrica e adulto);
- g) transfusão de sangue e seus derivados
- h) serviços dietéticos
- i) nutrição enteral e parenteral
- j) demais serviços hospitalares.

6.3. As internações deverão ser feitas mediante declaração do médico responsável, que justificará as razões da internação, indicará o diagnóstico, o tratamento proposto, a possível duração da internação e demais informações técnicas pertinentes.

6.4. Quando a Contratada ou serviços credenciados por esta não dispuser de lugares nas acomodações tipo apartamento, deverá ser providenciado, às expensas da Contratada, a internação em aposentos de nível e conforto superior.

6.5. As remoções ou transferências de usuários somente deverão ocorrer se não houver recursos técnicos necessários no local para atendimento do paciente e serão realizadas sem quaisquer ônus para a ARSEP ou para os usuários.

6.6. As transfusões de sangue serão efetuadas às expensas da Contratada, podendo eventualmente ser solicitado à ARSEP, colaboração para a reposição do sangue ou derivados, utilizados pelos usuários.

6.7. O atendimento hospitalar deverá contar com o serviço de Pronto Socorro ininterrupto, no mínimo, com as especialidades definidas no item 4.1.

6.8. Nos termos do que dispõe a Lei 9.656, de 03 de Junho de 1998 e alterações, os usuários terão direito a internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem limite de permanência;

6.9. Desde que indicados por médicos próprios ou credenciados pela Contratada, os usuários terão direito aos exames complementares e serviços especializados, além dos que surgirem futuramente, desde que aprovado o seu uso pelos órgãos competentes (ANS e CRM).

7. ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL E DE URGÊNCIA:

7.1. O atendimento de emergência e urgência será efetuado em todo território nacional, através de serviços médico-hospitalares próprios ou credenciados, através de reembolso.

7.1.2. Reembolso para casos de Emergência ou Urgência quando o Usuário (titular, dependentes ou agregados) estiver fora da área geográfica de cobertura e não possuir atendimento via repasse ou parceria que a operadora de saúde possuir com outra operadora, ou seja, fora da região do ABCM e capital de São Paulo:

a) Caso o usuário esteja fora da área geográfica de cobertura do plano e necessitar de atendimento emergencial ou de urgência, poderá dirigir-se aos locais de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, ou à um Hospital da rede própria da operadora, ou da rede ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo).

b) No caso da impossibilidade destes recursos, a contratada reembolsará o usuário pelas despesas efetuadas, dentro da cobertura do contrato, até o limite do valor constante de sua tabela de remuneração aos Hospitais, Clínicas especializadas, Ambulatórios, Laboratórios e Médicos do mesmo porte, por ela credenciados, caso o atendimento tivesse sido realizado por estes. A contratada terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da apresentação dos comprovantes das despesas efetuadas pelo usuário para realizar o reembolso.

8. CARÊNCIAS:

8.1. Terão direito a todos os serviços objeto deste contrato, sem nenhum tipo de carência, todos os usuários discriminados no item 3 deste Termo (titulares, dependentes e agregados), quando incluídos nos primeiros 60 (sessenta) dias da implantação do plano de assistência à saúde, ou em até 60 (sessenta) dias a contar da data do evento (admissão de novos servidores, nascimento de dependentes, casamento, adoção, outros).

10

8.2. Quando a opção se der após 60 dias da data do início da vigência do contrato serão exigidas as carências para utilização previstas na Lei 9.656/1998 e alterações:

- 00 (zero) hora para acidentes pessoais;
- 24 (vinte e quatro) horas para emergências e complicações no processo gestacional para atendimento ambulatorial;
- 15 (quinze) dias para consultas;
- 180 (cento e oitenta) dias para internações, transplantes, implantes, psicoterapia de crise e cirurgias;
- 300 (trezentos) dias para partos.
- 24 meses para doenças pré-existentes.

8.2. Após a vigência do contrato não serão exigidas dos usuários (titulares, dependentes e agregados) que estejam no plano intermediário, nenhum tipo de carência quando os mesmos optarem por mudança para o plano executivo, desde que optarem no prazo de até 30 dias após a data de vigência do contrato, sendo que, após a mudança, estes deverão cumprir carência mínima de 12 meses para retorno ao plano intermediário.

8.3. Para as doenças e lesões preexistentes, os beneficiários terão cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência. Durante esse período, não terão direito à cobertura para procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes dessas doenças. Entretanto, se o paciente decidir

ser atendido nesses casos, mesmo sem ter aguardado ainda o tempo estabelecido, poderá ser negociado o pagamento de valores adicionais para ter acesso a esses atendimentos.

8.4. O dependente e/ou agregado não poderá usufruir de plano e padrão de acomodações diferentes do usuário titular.

8.5. A ARSEP se responsabilizará pelo pagamento dos valores referentes às mensalidades dos agregados atuais no plano de saúde e dos valores de diferenças do plano executivo, mediante desconto em folha de pagamento do titular, conforme opção do mesmo. As diferenças de valores ficarão integralmente às custas dos titulares.

8.6. Os serviços objeto deste Contrato serão automaticamente estendidos aos titulares e respectivos dependentes e/ou agregados que vierem a ser indicados pela ARSEP, através de formulário específico fornecido ou aprovado pela Contratada.

8.7. Os beneficiários poderão utilizar os serviços contratados a partir da data da assinatura do contrato.

8.8. As dúvidas, omissões ou divergências quanto à prestação de serviços pela Contratada, não especificados neste Contrato, serão objeto de análise e deliberação por parte da ARSEP, quanto à obrigatoriedade ou não de sua realização, servindo como base os serviços prestados por empresas similares, à época da ocorrência, além das disposições legais pertinentes, inclusive, as deliberações do Conselho Federal de Medicina.

11

9. DA MARCAÇÃO DE CONSULTAS

9.1. As consultas serão marcadas diretamente pelos usuários independente de prévio aviso à contratada.

9.2. Deverá ser respeitado o prazo de 07 (sete) dias úteis para marcação de consultas (qualquer especialidade) e exames, sendo que para retorno de consultas, deverá ser respeitado o prazo máximo de 15 (quinze) dias.

9.3. Para os atendimentos, deverão ser respeitados os previstos pela ANS, conforme tabela abaixo:

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

10. OUTROS

10.1. Os benefícios extras oferecidos para o plano executivo em relação ao plano intermediário é a rede de atendimento conforme manual de rede de atendimento.

10.2. A licitante deverá possuir, no mínimo, em sua rede própria/credenciada, o quantitativo de hospitais, maternidades e centros médicos próprios abaixo estabelecidos, nas localidades do ABCM, entre Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá, onde há maior concentração de beneficiários do plano de

Assistência à Saúde e São Paulo (capital e região metropolitana):

10.3. A Proponente deverá obrigatoriamente possuir, em sua rede própria e/ou credenciada e apresentar em sua proposta comercial no mínimo 04 (quatro) HOSPITAIS para Pronto Socorro (Urgência e Emergência) localizados na região do ABCM, sendo 01 (hum) no município de São Bernardo do Campo, 01 (hum) no município de Santo André, 01 (hum) no município de São Caetano do Sul e 01 (hum) no município de Mauá, além de médicos, laboratórios e clínicas, próprias e/ou credenciadas, nas cidades referidas.

10.4. A Proponente, deverá obrigatoriamente possuir em sua rede própria e/ou credenciada e apresentar em sua proposta comercial no mínimo 01 (um) Hospitais/Maternidades e Pronto Socorro localizados na cidade de São Paulo.

10.5. A Contratada apresentará os hospitais, maternidades e as especificações dos serviços a serem executados, observados os prazos de carência, as coberturas mínimas, condições de transferências ou remoções cobertas e demais exigências estabelecidas neste Edital e seus Anexos, descritos em seu Indicador Médico e/ou proposta comercial, que é parte integrante deste contrato e anexo do Processo de Compras nº 29/2016:

I – Relação de especialidades médicas oferecidas e respectivas quantidades de médicos por especialidade, observada a relação mínima de especialidades constantes neste Anexo.

II – Relação de exames complementares e auxiliares e serviços especializados oferecidos, observado o mínimo de itens definidos neste Anexo.

III – Relação dos estabelecimentos, próprios ou credenciados, com os respectivos endereços no Grande ABC e São Paulo Capital, contendo consultórios; clínicas especializadas; laboratórios; hospitais; maternidades e prontos-socorros.

13

Mauá, 30 de janeiro de 2017.

RÔMULO CESAR FERNADES
Superintendente