

Proc. Administrativo 1.362/2021

De: Wagner S. - GERHU

Para: GERAD - Gerência Administrativa e de Suprimentos

Data: 17/08/2021 às 15:16:10

Setores (CC):

COSUP

Setores envolvidos:

DIRAF, GERAD, COSUP, GERHU, DIPRE, ASJUR, ASLIC, DITEC, SEDIR, GERAD, COSUP, ASLIC, GERHU, SEDIR

SOLICITAÇÃO DE COMPRA Nº 2592/2021 - CONTRATAÇÃO DO SEGURO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, NA MODALIDADE DE SEGURO COLETIVO COM PATROCINADOR, EXCLUSIVAMENTE, ATRAVÉS DE SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE, REGISTRADA NA ANS

Prezados, boa tarde,

Informo que existe uma nova solicitação de compra cadastrada no ERP de número: **2592/2021**.

—

Wagner Marcel de Santana
Gerente de RH

Despacho Proc. Administrativo 1- 1.362/2021

De: Wagner S. - GERHU

Para: GERAD - Gerência Administrativa e de Suprimentos

Data: 17/08/2021 às 15:28:29

Boa tarde,

Anexando o termo de referência.

Sds,

—

Wagner Marcel de Santana

Gerente de RH

Anexos:

Termo_de_Referencia_SEGURO_SAUDE_SERGAS_2021_VERSAO_FINAL.pdf



TERMO DE REFERÊNCIA SERGAS

**CONTRATAÇÃO DO SEGURO EMPRESARIAL DE
ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, NA MODALIDADE DE
SEGURO COLETIVO COM PATROCINADOR,
EXCLUSIVAMENTE, ATRAVÉS DE SEGURADORA
ESPECIALIZADA EM SAÚDE, REGISTRADA NA AGÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

Aracaju/SE, 13 de agosto de 2021.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. INFORMAÇÕES INICIAIS

Sector: Diretoria Administrativa e Financeira

Responsável: Lauro Daniel Beisl Perdiz

Cargo: Diretor

Data Desejada para Início dos Serviços: 1º de novembro de 2021.

2. OBJETO

2.1. O presente Termo de Referência, tem por finalidade determinar as condições de contratação do Seguro Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, não inferior a 0,80, no ano base 2019, e relativo a qualificação da operadora em 2020, não se admitindo cooperativa médica ou medicina de grupo, mesmo com registro junto a ANS, operando com Planos Ambulatoriais e Hospitalares, sem carência, para atendimento do pessoal do quadro funcional da SERGAS, com extensão aos dependentes, com abrangência nacional para todos os serviços descritos neste Anexo, conforme Lei 9.656/98, e as alterações promovidas pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 – publicada no DOU de 27/08/2001, suas alterações e legislação complementar, particularmente a Resolução Normativa – RN nº 465, de 24/02/2021, em vigor a partir de 01.04.2021, adequando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 470/2021, de 09 de julho de 2021, a vigorar a partir de 1º de outubro de 2021 pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado, conforme condições estabelecidas no art. 71 da Lei 13.303/2016.

2.1.1. Para efeito desta contratação entende-se como Seguro Coletivo Empresarial, o Plano Privado de Assistência à Saúde com a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor considerando-se assim, dentre outros, os atendimentos médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, inclusive decorrentes de acidentes de trabalho, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapias e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva e utilização de leitos especiais.

3. JUSTIFICATIVA

Qualquer organização, seja ela pública ou privada, entende a importância de se ter profissionais motivados e engajados para o alcance dos resultados corporativos desejados. Diante disso, a gestão de benefícios torna-se um diferencial competitivo para manter o bem-estar e a qualidade de vida dos empregados, de forma a motivá-los, ainda mais.

Além disso, todos nós estamos cientes do grave momento que passamos na saúde mundial, o momento pandêmico só veio reforçar a importância de um bom benefício na área da saúde a exemplo do benefício de assistência médica ofertado pela SERGAS aos seus empregados e dependentes. O que torna o assunto assistência médica delicado, requerendo uma atenção

especial, uma vez que, a partir do momento que a organização se compromete a oferecer um bom seguro saúde para seus empregados, ela mostra a preocupação com a saúde e o bem-estar, não só dos empregados, mas de toda a família.

Para melhor justificar a realização de um procedimento licitatório para contratação de um Seguro Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar para atender aos empregados da SERGAS, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, destacamos algumas vantagens em oferecer um bom benefício: i) mantém os empregados motivados; ii) melhora a saúde dos empregados e dependentes; iii) aumenta a produtividade, diminui os afastamentos por motivos de saúde; iv) melhora o ambiente de trabalho; e v) traz mais bem-estar para toda a família do empregado.

Diante do exposto, entende-se que é necessária a realização de um procedimento licitatório para contratação de um Seguro Coletivo Empresarial para atender aos empregados da SERGAS, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Serão beneficiários dos serviços todos os abaixo relacionados, com inclusão no início do seguro, sem limite de idade:

a) São considerados beneficiários titulares:

a.1) Empregados da SERGAS devidamente registrados conforme legislação trabalhista vigente.

b) São considerados beneficiários dependentes:

b.1) O cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

b.2) O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

b.3) A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

b.4) Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

b.5) Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

b.6) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens b.4. e b.5;

b.7) A existência do dependente constante dos itens b.1 e b.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item b.3.

5. DA DESCRIÇÃO E EXIGÊNCIAS DOS SERVIÇOS

5.1. Assistência médico-hospitalar e ambulatorial, no âmbito nacional, com reembolso, incluindo obstetrícia, destinado aos beneficiários em rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou de livre escolha, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios,

exames complementares, serviços auxiliares, remoções, internações, médicos e outros profissionais/instituições, nas especialidades e procedimentos médicos, conforme anexo à RN – Resolução Normativa nº 465, de 24/02/2021, adequando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 470/2021, de 09 de julho de 2021, a vigorar a partir de 1º de outubro de 2021, e seguintes;

Além de:

5.2. Hospitalização em apartamentos individuais com banheiro privativo e direito a acompanhante, sem limite de diárias;

5.3. O plano deverá ser isento de carência para todos os Participantes do grupo inicial, para qualquer evento, inclusive parto e doença preexistente, aplicando-se às inclusões de titulares e dependentes as seguintes regras;

5.3.1. O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente e/ou o mesmo dia de vigência do plano, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.2. O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular que for incluído no plano em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.3. Entende-se como parto coberto, quando o Beneficiário Titular está isento ou já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto;

5.3.4. O filho adotivo, até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário, poderá ser incluído no plano com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.5. O Beneficiário incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Plano, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do plano no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência conforme abaixo, e estará sujeito a cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

I. Prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para cobertura dos casos de urgência e emergência;

II. 30 (trinta) dias para consultas médicas e para os seguintes exames: hemograma completo, glicemia jejum, parasitológico de fezes simples, sumário de urina e raio-x simples;

III. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos (exames, atendimento ilimitado de urgência e emergência, internações e cirurgias), observadas as restrições decorrentes da incidência da CPT – Cobertura Parcial Temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes;

III. 180 (cento e oitenta dias) para internações hospitalares de qualquer natureza;

IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

5.4. A SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE deverá proporcionar, atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto nas Resoluções CONSU Nº 13/98 e 15/99 do CONSU, nas Leis 9.656/98, 9.961/00 e 10.185/01, e nas Resoluções Normativas 63/03, 195/09, 387/15, 465/21 e 496/21 da ANS – Agência Nacional de Saúde, todas com suas respectivas alterações, nos seguintes seguimentos:

5.4.1. Ambulatorial: atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:

I. Consultas médicas em número ilimitado, realizadas em ambulatório ou consultório, em todas as especialidades médicas;

II. Consultas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado;

III. Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

IV. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados, em todas as especialidades;

V. Remoção depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação;

VI. Procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório;

VII. Procedimentos considerados especiais:

a) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

b) Hemodiálise e diálise peritoneal;

c) Hemodinâmica ambulatorial;

d) Hemoterapia ambulatorial;

e) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

f) Radioterapia.

VIII. Consultas e sessões com os profissionais de saúde abaixo relacionados, mediante indicação do médico, limitadas ao número de sessões a cada período de 12 (doze) meses, não cumulativas na renovação contratual:

a) Escleroterapia (12 sessões);

b) Fonoaudiologia (24 sessões) – nos termos do ANEXO I – da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021;

c) Nutrição (12 sessões) – Conforme Diretriz de Utilização nº 103 da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021.

d) Sessão com Psicólogo e/ou Terapia Ocupacional (40 sessões) - nos termos do ANEXO I – da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021.

IX. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico, ressalvado o direito de cobrança de até 30% (trinta por cento) sobre o valor da sessão, a título de coparticipação, quando ultrapassada a 60ª Sessão de Fisioterapia. A recomposição da quantidade (número de sessões), se fará, quando da renovação anual do contrato (Apólice).

X. Cobertura dos procedimentos de terapias especiais, realizadas em sessões de acupuntura, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico.

XI. Exames laboratoriais específicos, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar nos termos dos Anexos que compõem a RN nº 465, de 24/02/2021 e as alterações da RN 469, de 09 de julho de 2021, dentre outros:

- a) Acilcarnitinas – Perfil quantitativo e/ou qualitativo;
- b) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;
- c) Avidéz de IgG para toxoplasmose;
- d) Citomegalovirus – quantitativo por PCR;
- e) D-Dímero;
- f) Eletroforese de proteínas de alta resolução;
- g) Fator V Leiden, análise de mutação;
- h) Galactose-1-fosfato uridiltransferase;
- i) Hepatite B – teste quantitativo;
- j) Hepatite C – genotipagem;
- k) HIV – genotipagem;
- l) Imunofixação para proteínas;
- m) Inibidor dos fatores da hemostasia;
- n) Mamografia digital;
- o) Succinil acetona;
- p) Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (fluorescence in situ hybridization);
- q) Teste de inclinação ortostática (Tilt Test);
- r) X-frágil, análise molecular.

XII. Tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

- a) O atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de CONTRATO, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico.

5.4.2. Hospitalar com Obstetrícia: atendimentos em unidade hospitalar, previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:

I. Internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

II. Acomodação em apartamento com instalações adequadas;

III. Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

IV. Exames de diagnóstico e de controle da evolução da doença durante o período de internação;

V. Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizadas durante o período de internação;

VI. Qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados durante o período de internação;

VII. Remoção do paciente para outra unidade hospitalar, quando comprovadamente necessária;

VIII. Acomodação e Alimentação para acompanhante do beneficiário;

IX. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar:

a) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;

b) Embolizações;

c) Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;

d) Fisioterapia;

e) Hemodiálise e diálise peritoneal;

f) Hemoterapia;

g) Material de osteossíntese, como placas, parafusos e pinos;

h) Nutrição parenteral e enteral;

i) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

j) Próteses intra-operatórias;

- k) Quimioterapia;
- l) Radiologia intervencionista;
- m) Radioterapia;
- n) Transplante de rim e córnea e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, despesas médico-hospitalares com doadores vivos e medicamentos usados durante a internação.

X. Procedimentos cirúrgicos e invasivos, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar (Anexo I, II, III e IV da RN 465/2021 e RN Nº 469/2021, ambas da ANS):

- a) Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio-X ou US (mamotomia);
- b) Cirurgia refrativa (miopia acima de 5 graus e hipermetropia até 6 graus, com ou sem astigmatismo associado);
- c) Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida;
- d) Dermolipectomia;
- e) Gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica);
- f) Implante de Desfibrilador interno cardíaco, placas, eletrodos e gerador;
- g) Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos;
- h) Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia;
- i) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser;
- j) Transplantes autólogos de medula óssea;
- k) Tratamento cirúrgico de epilepsia;
- l) Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;

XI. Procedimentos para anticoncepção, tais como:

- a) Vasectomia (desde que atenda as disposições legais do planejamento familiar – Lei 9.263/96);
- b) Laqueadura tubária/laqueadura tubária laparoscópica (desde que atenda as disposições legais do planejamento familiar – Lei 9.263/96);
- c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal – inclui o dispositivo – limitado o reembolso ao valor da tabela de honorários médicos do Conselho Regional de Medicina.

XII. Procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto, e puerpério:

- a) Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;
- c) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

XIII. Tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

- a) O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de CONTRATO não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de CONTRATO não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

5.4.3. Serviços de Diagnósticos e Tratamento:

- Análise Clínica;
- Análise laboratorial;
- Anatomia Patológica;
- Angiografias e Arteriografias;
- Aortografia Abdominal;
- Audiometria Tonal e Vocal;
- Bacterioscopia;
- Bioimpedanciometria;
- Biopsia Prostática guiada por Ultra-sonografia;
- Bipsias em geral;
- Calangiografia intravenosa;
- Cicloergometria;
- Cintilografias;
- Cirrose Hepática;
- Citologia e Microflora Vaginal;
- Colposcopia;
- Diálise peritoneal;
- Doppler do Sistema Arterial;
- Ductografia;
- Ecocardiografia;
- Eletrocardiografia Dinâmica;
- Eletroencefalografia;
- Endoscopia;
- Estudo Hemodinâmico;
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- Hemodiálise;
- Hemoterapia;
- Laparoscopias;
- Litotripsias;
- Mamografia;
- Medicina Nuclear (Mapeamentos, Cintilografias, Terapias);
- Oxigenoterapia Hiperbárica;
- Quimioterapia;
- Radiologia;
- Radioterapia;
- Ressonância Magnética;
- Teste de função pulmonar;

- Tomografia computadorizada;
- Tratamento Fisioterápico;
- Tratamentos Fonoaudiólogos e de Psicomotricidade;
- Ultrassonografia colorida;
- Ultrassonografia com Doppler.

5.5. Todos os beneficiários inscritos na SEGURADORA DE SAÚDE terão direito à prestação dos serviços indicados neste Termo de Referência, que constituem referência mínima obrigatória, além de demais coberturas garantidas pela legislação vigente, nas patologias reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, pelo CFM – Conselho Federal de Medicina e pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

5.6. Serão cobertos pela SEGURADORA exames e/ou procedimentos solicitados por profissional devidamente qualificado, ainda que este não integre a rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da SEGURADORA.

5.7. Atendimento de todos os procedimentos ora indicados em todo o território nacional através de rede credenciada, contratada ou referenciada e/ou por reembolso.

5.8. Serviços de remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional, sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional, sendo de total responsabilidade da SEGURADORA o custo com a remoção de pacientes, dentro do perímetro urbano, e nos perímetros intermunicipal e interestadual, de forma adequada a cada caso, inclusive UTI móvel terrestre e aéreo, sem limite de quilometragem, entre hospitais, nos termos da RN nº 347/14.

5.9. Garantia de diárias, acomodações e refeições aos acompanhantes de beneficiários, sem restrição de faixa etária e independente do estado de saúde do paciente, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários e para o contratante.

5.10. Fornecimento de dieta especial, quando indicado, até a alta do paciente, sem ônus adicionais ao beneficiário.

5.11. Garantia de acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário, quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da SEGURADORA.

5.12. Atendimento dos procedimentos de urgência e/ou emergência em todo o território nacional através de rede credenciada e/ou reembolso.

5.13. A SEGURADORA não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.

5.14. Para efeito deste Termo de Referência, dever-se-á entender como quadro funcional da SERGAS, os Empregados e Diretores, que esta venha a indicar, assim como os dependentes dos indicados.

6. REDE CREDENCIADA

6.1. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Diagnose;
- b) Uniclínica;
- c) Cemise;
- d) Clínica e Hospital São Lucas;
- e) Hospital Primavera;
- f) Hospital Unimed;
- g) Uniccat.

6.2. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para pronto atendimento e internação, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Clínica e Hospital São Lucas;
- b) Hospital Primavera;
- c) Hospital Unimed;
- d) Clínica Santa Helena.

6.3. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para pronto atendimento e internação especializada, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Clínica Sempre Viva Unidade Cirúrgica;
- b) Clínica e Hospital São Lucas;
- c) Hospital Cirurgia;
- d) Hospital Unimed;
- e) Hospital Primavera.

6.4. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas cardiológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Hospital do Coração;
- b) Climedi;
- c) Diagnose;
- d) Uniclínica;
- e) Uniccat;
- f) Icase;
- g) Laclise.

6.5. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas oncológicas especializadas, deverá constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Vitta Centro de Oncologia;
- b) Onco Hematos;
- c) Climedi;
- d) San Giovanni Oncologia.

6.6. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas infantis especializadas, deverá constar de no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Pimpolho Clínica Infantil;
- b) Clínica Endogastro;
- c) Hospital Unimed;
- d) Clínica e Hospital São Lucas.

6.7. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas ortopédicas, de fisioterapia e de reumatologia especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Ceot;
- b) Pronto Clínica;
- c) Ortoclínica;
- d) Hospital Unimed.

6.8. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas oftalmológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Hospital Ocular;
- b) Clínica de Olhos;
- c) Oftalmos;
- d) Instituto da Visão de Sergipe.

6.9. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas ginecológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Ultra Imagem;
- b) Clínica Pro Femina;
- c) Clínica Integrada Homo;
- d) Clínica Santa Helena.

6.10. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em laboratórios clínicos, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Lamac;
- b) Cemise;
- c) Uniccat;

- d) Climed;
- e) Clínica e Hospital São Lucas.

6.11. Serviço de atendimento domiciliar a pacientes em reabilitação, com incapacidades, demências e com câncer.

7. DO REEMBOLSO

7.1. As SEGURADORAS DE SAÚDE devem colocar à disposição dos segurados a sua rede referenciada e, também, oferecer a livre escolha dos prestadores de serviços (médicos, clínicas especializadas, laboratórios e hospitais);

7.2. Para fins de cotação, o valor do reembolso para consulta médico-hospitalar de livre escolha deverá ser igual ou superior a R\$ 285,00 (duzentos e oitenta e cinco reais);

7.3. O segurado que exercer a opção de livre escolha receberá o reembolso das despesas médico-hospitalares até o limite previsto no contrato;

7.4. Para fins de **reembolso**, deverão ser considerados os parâmetros básicos mínimos a seguir, (como exemplo), admitindo-se variações para mais ou para menos, quando para se adequar a "Produto" já homologado pela Seguradora ou para arredondamento de valores:

Eventos	US 0,5560 Unidade de Serviço	Valor (R\$)
Consulta Médica	512,59 US	R\$ 285,00
Serviços Auxiliares de Diagnose	08x	Tabela
Terapias	08x	Tabela
Honorários Médicos (Clínicos, Cirúrgicos e Obstétricos)	08x	Tabela
Honorários de Pediatra	02x	Tabela
Despesas Com Remoção	512,59 US	R\$ 285,00
<u>Despesas Hospitalares – Internação Clínica e Cirúrgica</u>		
Diária Hospitalar	300 US	R\$ 166,80
Diária de UTI	900 US	R\$ 500,40
Despesa Hospitalar	7500 US	R\$ 4.170,00
Sala de Cirurgia	700 US	R\$ 389,20
Sala de Cirurgia (Parto)	500 US	R\$ 278,00
<u>Outros Serviços de Saúde</u>		
Fonoaudiólogo	162	R\$ 90,07
Terapeuta Ocupacional (por sessão)	2X	Tabela

7.5. Caberá aos beneficiários reembolso integral, ou seja, de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a SEGURADORA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;

- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da SEGURADORA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da SEGURADORA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

7.6. Quando ocorrer indisponibilidade do serviço na rede credenciada ou referenciada da seguradora, ou suspensão de atendimento por parte da seguradora em qualquer localidade, será assegurado o reembolso integral da despesa realizada pelo usuário, mediante apresentação dos comprovantes originais. O reembolso será suspenso após a formalização do restabelecimento do atendimento, exceto nos casos de tratamentos sequenciados com as terapias;

7.7. Os prazos máximos para reembolso, por parte da SEGURADORA, contados da apresentação pelos beneficiários do comprovante de pagamento serão de:

- a) No máximo, 30 (trinta) dias consecutivos, no caso referente dos subitens 7.1, 7.2, 7.3. e 7.5.;
- b) No máximo, 20 (vinte) dias consecutivos, no caso do subitem 7.6.

7.8. As solicitações de reembolso somente serão aceitas mediante a apresentação dos originais dos documentos comprobatórios;

7.9. Os tratamentos contínuos já autorizados por motivo de inexistência de rede credenciada, referenciada ou própria no local serão reembolsados até o término do tratamento.

8. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO SEGURO SAÚDE

8.1. A inclusão no seguro é compulsória a todos os integrantes do quadro funcional do estipulante;

8.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário dependente;

8.3. Somente o beneficiário titular poderá realizar a inclusão ou exclusão de Beneficiários Dependentes, conforme cronograma abaixo:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do primeiro dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do primeiro dia do 2º mês subsequente.

8.4. As exclusões deverão obedecer aos mesmos prazos do cronograma de inclusões especificados no item 8.3;

8.5. A exclusão de beneficiário dependente deverá ser solicitada pelo Beneficiário Titular, ao Estipulante, com 30 dias de antecedência;

8.6. Estarão isentos de quaisquer carências aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, após a assinatura do Acordo, desde que manifestada a solicitação de inclusão em até 30 (trinta) dias corridos contados da:

- a) data de entrada/admissão do beneficiário titular na SERGAS;

- b) data de nascimento do beneficiário dependente;
- c) data de expedição do termo de guarda ou tutela, para inclusão de filhos adotivos ou menores sob guarda ou tutela;
- d) data do casamento ou união estável do beneficiário titular, para inclusão do cônjuge e dependentes afins;
- e) data do retorno às atividades por término de licença para trato de assuntos particulares;
- f) data da publicação do ato de concessão da pensão.

8.7. É de responsabilidade do **Estipulante** solicitar formalmente à Seguradora de Saúde a exclusão dos beneficiários dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9. DA CARÊNCIA

9.1. As carências para inclusões ocorridas após 30 (trinta) dias da assinatura do Termo de Acordo, ressalvados os casos constantes no item 8.6, serão de:

- I) 30 (trinta) dias consecutivos, para consultas médicas, exames complementares de qualquer porte e serviços auxiliares;
- II) 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, para internações hospitalares, incluindo cirurgias de qualquer porte e procedimentos terapêuticos de hemodinâmica;
- III) 300 (trezentos) dias consecutivos, para os casos obstétricos;
- IV) 24 (vinte e quatro) meses, para doenças e lesões preexistentes;

9.2. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Seguro Saúde em situações de urgência ou emergência, que ocorram durante a vigência da prestação de serviço, conforme disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; nos termos da redação dada pela Lei nº 11.935/09.

9.3. Os beneficiários poderão transferir-se de um plano para outro, observando a seguinte sistemática:

- a) Quando a mudança for de um plano inferior para um plano superior: o beneficiário poderá transferir-se desde que cumpra as carências contratuais para o novo plano. Enquanto cumpre as carências deste, poderá utilizar-se normalmente do plano anterior;
- b) Quando a mudança for de um plano superior para um inferior: o beneficiário poderá transferir-se desde que transcorridos 12 (doze) meses, contados da sua última inscrição ou transferência.

10. DA PORTABILIDADE

10.1. O titular poderá optar pela troca de plano de saúde ou seguro saúde, com portabilidade de carências, nas seguintes condições:

- 10.1.1. Não ter havido internação ou tratamento de valor igual ou superior a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) nos últimos 12 meses;
- 10.1.2. Inexistência de gravidez;

10.1.3. A opção pela troca de seguradora de plano de saúde decorrente de remoção/cessão permite a portabilidade de carências independente das condições dos subitens 10.1.1. e 10.1.2..

11. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA CONTRATUAL

11.1. Não estão cobertas as doenças, procedimentos, situações e despesas abaixo relacionadas:

11.1.1. Cirurgias plástica embelezadora, cirurgias estéticas, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas, saunas e outros de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais, clínicas de repouso, centros de saúde pela água (SPAs), tratamentos experimentais e aplicação de medicamento não reconhecido pelos órgãos governamentais, bem como os não aprovados pelo S.N.F.M. – Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

11.2. Tratamento e/ou cirurgias para fertilização;

11.3. Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins exclusivamente estéticos ou importados quando houver nacional equivalente;

11.4. Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;

11.5. Procedimentos médicos que envolvam aborto não autorizado pela legislação vigente;

11.6. Aviamento de óculos, lentes e aparelhos de surdez;

11.7. Outros procedimentos médicos considerados não éticos pelo Conselho Federal de Medicina.

12. DOS PREÇOS

12.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de seguro de saúde e pelas seguintes faixas etárias, determinadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde:

Faixas etárias
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 ou mais.

13. OBRIGAÇÕES DO SEGURO SAÚDE

13.1. Após a homologação e assinatura do Contrato indicar, em até 5 (cinco) dias úteis, preposto, com a finalidade de prestar informações, esclarecimentos, tirar dúvidas junto à SERGAS e beneficiários;

13.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos junto aos beneficiários da SERGAS;

13.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas Contrato;

13.4. Oferecer serviços de central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas para esclarecimentos que se fizerem necessários;

13.5. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

13.6. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, emendar esforços para sanar problemas, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

13.7. Informar à SERGAS, na qualidade de Estipulante, sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores;

13.8. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

13.9. Informar, mensalmente, à Gerencia de Recursos Humanos da SERGAS as inclusões e exclusões de beneficiários titulares e dependentes;

13.10. As Seguradoras credenciadas deverão proteger os sigilos médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011;

13.11. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

13.12. Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;

13.13. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Gerência de Recursos Humanos, no prazo de 30 (trinta) dias corridos contados da solicitação, podendo ser prorrogado a critério da SERGAS, contendo dados sobre os percentuais de sinistralidade do grupo segurado, em determinado período, indicando os valores atribuídos a eventuais casos crônicos.

13.14. Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontados pela SERGAS, em até 5 (cinco) dias úteis, contados da notificação, ou apresentar justificativas para impossibilidade de atendimento no prazo estipulado;

13.15. Manter, durante toda a execução do Acordo os serviços exigidos neste Termo;

13.16. Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência;

13.17. Fornecer aos beneficiários da SERGAS carteiras de identificação e, para o titular disponibilizando o guia médico (em meio eletrônico/internet – Site Específico), constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados;

13.18. Entregar as carteiras provisórias aos beneficiários e/ou dependentes, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, e as carteiras definitivas no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados do início da prestação dos serviços, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de cadastramento na empresa, para os beneficiários cadastrados posteriormente;

13.19. Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora/seguradora, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do Acordo, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

- a) pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à seguradora;
- b) pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à seguradora o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;
- c) pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela seguradora até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos;
- d) pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à seguradora a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

14. DAS OBRIGAÇÕES DA SERGAS

14.1. Colocar à disposição da Seguradora informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

14.2. Comunicar à Seguradora credenciada, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o desligamento de empregados da SERGAS;

14.3. Permitir à Seguradora a divulgação dos planos juntos aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

14.4. Permitir o acesso dos profissionais da Seguradora às dependências da SERGAS, objetivando a divulgação dos serviços a serem prestados e o apoio necessário aos beneficiários;

14.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;

14.6. Acompanhar e fiscalizar a atuação da(s) seguradora(s) perante os beneficiários titulares garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade das prestações dos serviços;

14.7. Será de responsabilidade da SERGAS em informar seus empregados, no caso de cancelamento do benefício ou em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como beneficiário do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.

15. DA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

15.1. Os titulares serão excluídos do benefício de assistência médica nos seguintes casos:

- a) por falecimento;
- b) por término do contrato de trabalho com a Companhia, ressalvadas as exceções previstas no contrato e seus anexos;
- c) quando solicitado pelo titular.

16. DAS DIVERGÊNCIAS TÉCNICAS

16.1. Em situações de divergências técnicas, que eventualmente possam vir a ocorrer durante a vigência contratual, a SEGURADORA se comprometerá a:

- a) Fornecer ao beneficiário laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;
- b) Garantir ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência;
- c) Garantir, no caso de situações de divergências médicas ou técnicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da Seguradora, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Seguradora.

17. DOS DESLIGAMENTOS

17.1. Demitidos:

17.1.1. A Seguradora deverá assegurar ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício com a SERGAS, no caso de rescisão ou destituição do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da SERGAS, mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.1.2. O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

17.1.3. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo;

17.1.4. A condição de beneficiário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo;

17.1.5. O beneficiário terá 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à Seguradora, cabendo à SERGAS dar expressa ciência ao beneficiário demitido;

17.1.6. Este direito não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

17.2. O beneficiário titular que não participar financeiramente do seguro, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida no tópico anterior;

17.3. Aposentados:

17.3.1. A Seguradora assegurará ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano ora contratado, decorrente do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da SERGAS, mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.3.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.3.2.1. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes cobertos pelo seguro na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo;

17.3.3. A condição de beneficiário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo;

17.3.4. O beneficiário terá 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à Seguradora, cabendo à SERGAS dar expressa ciência ao beneficiário demitido;

17.3.5. Este direito não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.3.6. O beneficiário titular que não participar financeiramente do seguro, durante o período em que possuir o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida neste item.

17.4. Responsabilidades:

17.4.1. Será de responsabilidade do beneficiário inativo (demitido ou aposentado) o pagamento da sua mensalidade, por si e por seus dependentes, que deverá ser realizada mediante boleto bancário individualizado, que será encaminhado pela Seguradora;

17.4.2. Será de responsabilidade da SERGAS em informar seus empregados, no caso de cancelamento do benefício ou em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como beneficiário do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito;

17.4.3. Será de responsabilidade da Seguradora em manter durante o período de vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação.

18. DO CUSTEIO DO SEGURO

18.1. Parcialmente Contributário, ou seja, parte pago pela SERGAS e parte descontado de cada empregado, de acordo com o permitido em lei e definido pela Companhia;

18.2. A SEGURADORA credenciada emitirá fatura diretamente para SERGAS que efetuará o pagamento e descontará de cada empregado o permitido em lei e definido pela Companhia.

19. DO QUADRO FUNCIONAL E DEPENDENTES

19.1. O quadro abaixo representa as faixas etárias do pessoal do quadro funcional da SERGAS e seus dependentes:

Faixa Etária	Titulares		Dependentes		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
0 a 18	0	0	25	25	50
19 a 23	0	0	3	3	6
24 a 28	2	1	0	1	4
29 a 33	9	2	1	9	21
34 a 38	7	4	2	11	24
39 a 43	15	5	1	9	30
44 a 48	8	1	1	3	13
49 a 53	5	1	0	4	10
54 a 58	6	1	0	5	12
Acima de 59	5	0	2	3	10
Total	57	15	35	73	180

19.1.1. O valor estimado e máximo para contratação inicial de um ano deve considerar o quantitativo de 220 (duzentas e vinte) vidas, sendo este número calculado com base no quantitativo atual de beneficiários mais os dependentes, conforme o item 19 deste documento, além do aumento previsto no quantitativo de empregados em função de novas admissões durante a vigência da apólice.

19.1.2. A SERGAS reserva-se ao direito de utilizar qualquer quantitativo dentro do limite máximo acima, de acordo com a demanda da Companhia, efetuando o pagamento da contraprestação pecuniária apenas pelo número de usuários efetivamente segurados.

20. DO REEQUILÍBRIO DE PREÇOS - REAJUSTES

20.1. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços das Seguradoras contratadas pela SERGAS poderão ser objeto de reequilíbrio econômico-financeiro, observado o interregno

mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da Seguradora, conforme abaixo:

Reajuste dos Prêmios

20.2. Reajuste Financeiro do Prêmio - Anualmente o prêmio sofrerá reajuste financeiro com base no valor da Unidade de Reembolso Médico (RM) – UNIDADE DE SERVIÇO de acordo com a apuração da variação dos custos dos serviços médico-hospitalares e dos preços dos insumos utilizados na prestação desses serviços, efetuada pela Seguradora para o novo período;

20.3. Considera-se reajuste qualquer variação positiva do prêmio de seguro, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato;

20.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta, como data base única;

20.5. Em caso de alteração da data base, os novos reajustes respeitarão a periodicidade mínima estipulada por lei e não serão aplicados antes do período mínimo legal, contados da data em que o reajuste anterior foi ou podia ter sido aplicado;

20.6. Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde em até trinta dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor;

20.7. A tabela de reembolso, constante no item 7, acompanhará o reajuste financeiro do prêmio.

20.8. Reajuste Financeiro dos Prêmios em função da sinistralidade – Em complemento ao reajuste financeiro decorrente dos custos médico-hospitalares, a cada período de 12 (doze) meses, as partes verificarão se o valor pago pela Estipulante à Seguradora está atendendo ao percentual de sinistralidade fixado e acordado nas Condições Especiais abaixo:

20.8.1. Índice Ideal de Sinistralidade Estabelecido no Contrato será de 70% (setenta por cento), apurado com base nos parâmetros e metodologia atuariais;

20.8.2. No caso de apuração de sinistralidade no período, o valor da contraprestação mensal paga pela Estipulante à Seguradora deverá ser reajustado em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico financeiro atuarial do Contrato;

20.8.3. O percentual acordado será feito por meio de apostila na forma do Art. 81, inciso VI, parágrafo 7º da Lei 13.303/2016.

20.9. Reajustes por Mudança de Faixa Etária - Não será permitida a aplicação de reajustes de prêmio, na ocorrência de mudança faixa etária de quaisquer segurados ou dependentes, incluídos na apólice do seguro, durante a vigência do contrato, considerando-se que o **prêmio será calculado e fixado com aplicação da taxa média**.

21. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

21.1. Para comprovação da qualificação técnica, a Seguradora de Saúde deverá apresentar:

a) prova de registro na ANS do Seguro de Saúde, necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem, como da segmentação assistencial oferecida nos termos do Capítulo II – Das Disposições Gerais – Seção Única – Das Coberturas Assistenciais - art. 7º

da RN nº 465/2021, mediante declaração expedida pela citada autarquia contendo a indicação do número de registro;

b) atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, que comprove(m) que a Seguradora tenha executado a contento serviços da área de assistência à saúde.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

22.1. Após homologação e assinatura do Contrato indicar, em até 05 (cinco) dias úteis, preposto, com a finalidade de prestar informações, esclarecimentos, tirar dúvidas junto à SERGAS e beneficiários;

22.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos junto aos beneficiários da SERGAS;

22.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas Contrato;

22.4. Oferecer serviços de central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas ininterrupto para esclarecimentos que se fizerem necessários;

22.5. Disponibilizar consultor para atendimento ao gestor do contrato, inclusive feriados e finais de semana;

22.6. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

22.7. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para sanar problemas, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários (os serviços não podem ser descontinuados);

22.8. Informar à SERGAS, na qualidade de Estipulante, sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores;

22.9. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários, de acordo com a demanda da SERGAS;

22.10. Informar, mensalmente, à Gerencia de Recursos Humanos da SERGAS as inclusões e exclusões de beneficiários titulares e dependentes;

22.11. A CONTRATADA deverá proteger os sigilos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários deverá ficar sob a responsabilidade de profissional devidamente registrado nos Conselhos Regionais, especialmente designado para este fim;

22.12. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

22.13. Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes que estejam cursando nível superior;

22.14. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Gerência de Recursos Humanos, no prazo de 15 (quinze) dias corridos contados da solicitação, podendo ser prorrogado a critério da

SERGAS, contendo dados sobre os percentuais de sinistralidade do grupo segurado, em determinado período, indicando os valores atribuídos a eventuais casos crônicos;

22.15. Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontados pela SERGAS, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação, ou apresentar justificativas para impossibilidade de atendimento no prazo estipulado, informando um novo prazo, de, no máximo, mais 5 dias;

22.16. Manter, durante toda a execução do Contrato os serviços exigidos neste Termo de Referência;

22.17. Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência;

22.18. Fornecer aos beneficiários da SERGAS carteiras de identificação e, para o titular disponibilizando o acesso ao guia do plano, por meio eletrônico e/ou por consulta ao site da CONTRATADA, onde possam ser acessados nome, telefone e endereço dos profissionais, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados;

22.19. Entregar as carteiras provisórias aos beneficiários e/ou dependentes, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, e as carteiras definitivas no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados do início da prestação dos serviços, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de cadastramento na empresa, para os beneficiários cadastrados posteriormente;

22.20. Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora aos beneficiários em tratamento quando da assinatura do Contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação;

22.21. Incluir e excluir beneficiários e atualização de cadastro em sistemas informatizados para gestão do plano;

22.22. Dar carga inicial em qualquer sistema de gestão da empresa;

22.23. Enviar notas e documentos (comprovantes e certidões negativas, quais sejam) fiscais para efetivação do pagamento;

22.24. Manter os dados pessoais dos beneficiários protegidos, de acordo com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados) e alterações;

22.25. A CONTRATADA deve estar adequada à Lei Geral de Proteção de Dados.

23. DAS OBRIGAÇÕES DA SERGAS

23.1. Colocar à disposição da CONTRATADA informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

23.2. Comunicar à CONTRATADA credenciada, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o desligamento de empregados da SERGAS;

23.3. Permitir à CONTRATADA a divulgação dos planos juntos aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

23.4. Permitir o acesso dos profissionais da CONTRATADA às dependências da SERGAS, objetivando a divulgação dos serviços a serem prestados e o apoio necessário aos beneficiários;

23.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;

23.6. Acompanhar e fiscalizar a atuação da CONTRATADA perante os beneficiários titulares garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade das prestações dos serviços;

23.7. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços da CONTRATADA pela SERGAS poderão ser objeto de reequilíbrio econômico-financeiro, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses;

24. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

24.1. A CONTRATADA será punida com o impedimento de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios e ser descredenciado do Cadastro de Fornecedores da Sergipe Gás S/A - SERGAS, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no contrato e demais cominações legais, nos seguintes casos:

- a) Apresentação de documentação falsa;
- b) Retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar na execução do contrato;
- d) Fraudar na execução do contrato;
- e) Comportamento inidôneo;
- f) Declaração falsa;
- g) Fraude fiscal.

24.2. Após 3 (três) incidências nos itens acima elencados, no período de 3 (três) meses, a critério da administração, poderá ocorrer a não aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença e das penalidades previstas no contrato;

24.3. A CONTRATADA está sujeita, ainda, no que couber, às penalidades referidas na Lei 13.303/2016 e alterações;

24.4. Será garantido o direito à prévia e ampla defesa, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal, ressalvados os casos devidamente justificados e comprovados.

25. DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

25.1. O prazo de vigência do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses, contando a partir da sua publicação, podendo ser prorrogado nos termos da Lei nº 13.303/2016.

26. DA FISCALIZAÇÃO

26.1. A execução contratual será acompanhada e fiscalizada pela Gerência de Recursos Humanos da SERGAS.

27. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. A Seguradora de Saúde poderá oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista;

27.2. As divergências médicas sobre os serviços previstos neste Termo de Referência, serão dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela SERGAS e um terceiro escolhido pelos dois nomeados, tendo como limite máximo para constituição desta junta será de 5 (cinco) dias corridos a contar da notificação da empresa pela SERGAS;

27.3. Caso não haja acordo na escolha do terceiro membro (médico), a sua designação será solicitada pela SERGAS ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe;

27.4. Cada Seguradora de Saúde deverá nomear formalmente o(a) representante (pessoa física ou jurídica) indicado para administrar o seguro objeto deste edital, sem qualquer ônus para a SERGAS, delegando ao mesmo poder decisório para dirimir quaisquer questões referentes ao objeto do contrato junto à SERGAS;

Aracaju/SE, 13 de agosto de 2021.

Despacho Proc. Administrativo 2- 1.362/2021

De: Aline S. - GERAD

Para: GERAD - Gerente

Data: 20/08/2021 às 14:09:45

Boa tarde! Prezados,

Segue PC 2592/2021 - Seguro saúde para análise e assinaturas.

—
Aline Maria Gois da Paixão Santos
Assistente Organizacional - GERAD

Anexos:

PC_2592_2021_SEGURO_SAUDE.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Aline Maria Gois da Paixão...	20/08/2021 14:10:05	1Doc	ALINE MARIA GOIS DA PAIXÃO SANTOS CPF 001.97...
Wagner Marcel de Santana	20/08/2021 14:19:43	1Doc	WAGNER MARCEL DE SANTANA CPF 002.908.265-00
Joel Dos Santos	20/08/2021 14:31:33	1Doc	JOEL DOS SANTOS CPF 271.897.325-00
Jorge Swami Santana de Ara...	20/08/2021 17:08:12	1Doc	JORGE SWAMI SANTANA DE ARAÚJO CPF 092.094.09...
Victor Santos Valeriano	24/08/2021 10:16:40	1Doc	VICTOR SANTOS VALERIANO CPF 960.840.065-15
Ivonez Lourenço Dos Santos...	25/08/2021 09:02:06	1Doc	IVONEZ LOURENÇO DOS SANTOS CPF 100.936.564-9...
Lauro Daniel Beisl Perdiz	25/08/2021 09:20:45	1Doc	LAURO DANIEL BEISL PERDIZ CPF 505.207.175-20
Valmor Barbosa Bezerra	27/08/2021 13:33:21	1Doc	VALMOR BARBOSA BEZERRA CPF 235.018.125-15

Para verificar as assinaturas, acesse <https://sergas.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **66F7-CF7B-C9D9-0793**

MODALIDADE

 LICITAÇÃO ☒

 DISPENSA ☐

 INEXIGIBILIDADE ☐
VALOR ESTIMADO (ICMS Origem)

R\$ 1.721.820,62 um milhão, setecentos e vinte e um mil, oitocentos e vinte reais e sessenta e dois centavos

VALOR ESTIMADO (Com DIFAL/ST)

R\$ 1.721.820,62 um milhão, setecentos e vinte e um mil, oitocentos e vinte reais e sessenta e dois centavos

OBJETO

CONTRATAÇÃO DO SEGURO EMPRESARIAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, NA MODALIDADE DE SEGURO COLETIVO COM PATROCINADOR, EXCLUSIVAMENTE, ATRAVÉS DE SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE, REGISTRADA NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

O R Í G E M / APLICAÇÃO

Gerencia / Assessoria	DOCUMENTO	DATA	APLICAÇÃO
GERHU	PC 2592/2021	30/07/2021	SEDE
Diretoria DIRAF			

JUSTIFICATIVAS / COMENTARIOS

Qualquer organização, seja ela pública ou privada, entende a importância de se ter profissionais motivados e engajados para o alcance dos resultados corporativos desejados. Diante disso, a gestão de benefícios torna-se um diferencial competitivo para manter o bem-estar e a qualidade de vida dos empregados, de forma a motivá-los, ainda mais.

Além disso, todos nós estamos cientes do grave momento que passamos na saúde mundial, o momento pandêmico só veio reforçar a importância de um bom benefício na área da saúde a exemplo do benefício de assistência médica ofertado pela SERGAS aos seus empregados e dependentes. O que torna o assunto assistência médica delicado, requerendo uma atenção especial, uma vez que, a partir do momento que a organização se compromete a oferecer um bom seguro saúde para seus empregados, ela mostra a preocupação com a saúde e o bem-estar, não só dos empregados, mas de toda a família.

Para melhor justificar a realização de um procedimento licitatório para contratação de um Seguro Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar para atender aos empregados da SERGAS, na modalidade de Seguro Coletivo com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, destacamos algumas vantagens em oferecer um bom benefício: i) mantém os empregados motivados; ii) melhora a saúde dos empregados e dependentes; iii) aumenta a produtividade, diminui os afastamentos por motivos de saúde; iv) melhora o ambiente de trabalho; e v) traz mais bem-estar para toda a família do empregado.

A Vic Seguros consultou as seguradoras BRADESCO, SULAMERICA e UNIMED SEGUROS. O valor médio obtido das três propostas foi R\$ 1.721.820,62 e será utilizado como base para o processo licitatório

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTARIA

(Indicar a classificação conforme item da planilha orçamentaria aprovada em DIREX)

☐ Materiais ☒ custo

☒ Serviço ☐ Investimento

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PRAZO DE ENTREGA	PRAZO DE CONTRATAÇÃO
A PARTIR DE 01 DE NOVEMBRO DE 2021	12 MESES
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO	MODALIDADE DE ENTREGA
10 DIAS APÓS O RECEBIMENTO E ATESTO DA FATURA	CIF - destinatário
EMPRESAS CONTATADAS	EMPRESA VENCEDORA
BRADESCO, SULAMERICA E UNIMED SEGUROS	EMBASAMENTO PARA LICITAÇÃO

EMIÇÃO

GERÊNCIA / ASSESSORIA SOLICITANTE	EMITENTE COSUP
-----------------------------------	----------------

VERIFICAÇÃO

Joel dos Santos COSUP	Jorge Swami S. de Araújo GERAD	Víctor Santos Valeriano ASLIC
-----------------------	--------------------------------	-------------------------------

APROVAÇÃO

Valmor Barbosa Bezerra DIPRE	Lauro Daniel Beisl Perdiz DIRAF	Ivonez Lourenço dos Santos DITEC
------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Despacho Proc. Administrativo 3- 1.362/2021

De: Aline S. - GERAD

Para: GERAD - Gerente

Data: 20/08/2021 às 14:12:45

Boa tarde! Prezados,

Seguem arquivos complementares.

—

Aline Maria Gois da Paixão Santos

Assistente Organizacional - GERAD

Anexos:

E_MAIL_COTACAO_E_PROPOSTAS.pdf

MAPA_DE_COTACAO.pdf

MEMORIA_DE_CALCULO.pdf

PROPOSTA_SULAMERICA.pdf

PROPOSTA_SULAMERICA_2.pdf

PROPOSTA__BRADESCO_SAUDE.pdf

PROPOSTA__SEGUROS_UNIMED.pdf

SC_2592_SEGURO_SAUDE.pdf

Termo_de_Referencia_SEGURO_SAUDE_SERGAS_2021_VERSAO_FINAL.pdf

Assinado digitalmente (anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Aline Maria Gois da Paixão...	20/08/2021 14:13:46	1Doc	ALINE MARIA GOIS DA PAIXÃO SANTOS CPF 001.97...
Wagner Marcel de Santana	20/08/2021 14:20:08	1Doc	WAGNER MARCEL DE SANTANA CPF 002.908.265-00
Joel Dos Santos	20/08/2021 14:31:52	1Doc	JOEL DOS SANTOS CPF 271.897.325-00
Jorge Swami Santana de Ara...	20/08/2021 17:07:04	1Doc	JORGE SWAMI SANTANA DE ARAÚJO CPF 092.094.09...
Victor Santos Valeriano	24/08/2021 10:16:22	1Doc	VICTOR SANTOS VALERIANO CPF 960.840.065-15

Para verificar as assinaturas, acesse <https://sergas.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **05F9-9632-99F7-EE96**



Aline Maria Gois da Paixão Santos <aline.santos@sergipegas.com.br>

Fwd: SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL - SERGIPE GÁS S/A

1 mensagem

Wagner Marcel de Santana <marcel@sergipegas.com.br>

17 de agosto de 2021 10:11

Para: Aline Maria Sergas <aline.santos@sergipegas.com.br>, Swami <swami@sergipegas.com.br>

Prezados, bom dia!

PSC.

Vamos dar andamento ao processo licitatório de contratação do seguro saúde.

Fico à disposição.

Sds,

----- Forwarded message -----

De: **José Inácio Paiva** <j.inacio@vicseguros.com.br>

Date: ter., 17 de ago. de 2021 às 09:24

Subject: SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL - SERGIPE GÁS S/A

To: Wagner Marcel de Santana <marcel@sergipegas.com.br>

Cc: Vânia Costa <vania@vicseguros.com.br>, Vic Seguros <vicseguros@vicseguros.com.br>

SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL - SERGIPE GÁS S/A**ESTUDO PRELIMINAR - COTAÇÕES DE MERCADO**

AT. SR. WAGNER MARCEL DE SANTANA

Prezados Senhores,

Em anexo as estimativas apresentadas pelas Seguradoras abaixo relacionadas, todas relativas ao Estudo Preliminar para compor o processo licitatório para indicação da seguradora para liderar a apólice do seguro em referência.

1. SEGUROS UNIMED - apresentou no estudo preliminar o custo médio mensal por beneficiário, no valor de R\$. 1.006,09 (um mil, seis reais e nove centavos);**Nota.** A SEGUROS UNIMED foi consultada sobre a possibilidade de redução do custo apresentado, mas ratificou o Estudo (Orçamento) apresentado;**2. BRADESCO SEGUROS** - Calculado através de sistema, apresentou no estudo preliminar o custo médio mensal por beneficiário, no valor de R\$. 596,38 (quinhentos e noventa e seis reais e trinta e oito centavos); e,**3. SUL AMÉRICA SEGUROS** - Calculado através de sistema, apresentou no estudo preliminar o custo médio mensal por beneficiário, no valor de R\$. 718,72 (setecentos e dezoito reais e setenta e dois centavos).**Nota:** A SUL AMÉRICA somente admitiu o cálculo em dois estudos em função do limite de beneficiários (99), por estudo. Assim, calculamos em dois grupos e finalizamos o custo médio

Considerando os valores orçados, aliado à nova RN 760, que prevê ampliações e/ou adequações semestrais no Rol de Procedimentos da ANS, sugerimos a utilização do valor médio, calculado com base nos estudos apresentados, ou seja, o valor de R\$. 773,73 (setecentos e setenta e três reais e setenta e três centavos).

Isto, em função da necessidade de adequação dos produtos das Seguradoras aos critérios estabelecidos diferenciados pelo Termo de Referência proposto.

Ao dispor para esclarecimentos adicionais julgados necessários.

Atenciosamente,

**José Inácio Benício de Paiva**

Rua Oswaldo Cruz, 372

j.inacio@vicseguros.com.br

(71) 3240 6688 – 9.9128 6688

--

Wagner Marcel de Santana

Gerente de RH - GERHU

Av. Empresário José Carlos Silva, 2482. Cj. Augusto Franco

Bairro Farolândia. Aracaju-SE - CEP 49030-640

TEL.: (79) 3243-8500 | FAX: (79) 3243-8508

IDoc: Proc. Administrativo 3- 1.362/2021 | Anexo: E_MAIL_COTACAO_E_PROPOSTAS.pdf (1/2) 32/296



4 anexos



Cotação Estudo - BRADESCO SAÚDE.pdf

58K



COTAÇÃO_03.08.2021_tomada de preço SEGUROS UNIMED.pdf

76K



Cotacao_SERGIPE GAS SA - SERGAS_100351460_3 SAS.pdf

140K



Cotacao_SERGIPE GAS SA - SERGAS_100351460_1 SAS.pdf

140K

SERGEIPE GAS S/A - SERGAS

MAPA DE COTAÇÃO

Cotação: 00002281
Data: 19/08/2021
Data retorno: 31/07/2021

Pirâmide

Legenda:
Legenda Alt:
Observação:
Moeda: R\$
Atributo:

Item	Qtd Cotada			Und			Produto			Última Compra							Solicitação		
										Data	Qtd	Und	Preço	Valor	Fornecedor	Melhor	Negociado	Qtd	Fornecedor
	Fornecedor	BRADESCO	SUL AMER	UNIMED S															
	Referência	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES	IPI ICM DES				

Resumo																				
Qtd. itens		3,00		3,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	3		3	
Outros Valores		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00				
Desconto		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00				
Total da proposta		1.319.754,66		1.671.256,80		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	0,00		1.319.754,66	
Prazo médio pag.		10,00		10,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00				
Total valor presente		1.319.754,66		1.671.256,80		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00				
Vendedor																				
Celular contato																				
Tel. fixo contato																				
Fax contato																				
Maior prazo entrega		1		1																
Cond. pag.		10 DIAS DA ENTREGA		10 DIAS DA ENTREGA																
Frete CIF/FOB																				
Número da proposta																				
Validade da proposta																				
Valor Total escolhido		1319754,66		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	0,0	Valor Total escolhido(Geral)	1319754,66	

SEGURO SAÚDE					
SETOR	BRADESCO	SULAMÉRICA	UNIMED	VIDAS	
ASCOM	R\$ 3.052,85	R\$ 3.868,65	R\$ 5.033,45	5	
ASCIP	R\$ 3.663,43	R\$ 4.642,38	R\$ 6.040,14	6	
ASJUR	R\$ 5.495,14	R\$ 6.963,57	R\$ 9.060,21	9	
ASLIC	R\$ 4.274,00	R\$ 5.416,11	R\$ 7.046,83	7	
ASSMS	R\$ 3.663,43	R\$ 4.642,38	R\$ 6.040,14	6	
DIPRE	R\$ -	R\$ -	R\$ -	0	
DIRAF	R\$ -	R\$ -	R\$ -	0	
DITEC	R\$ 1.221,14	R\$ 1.547,46	R\$ 2.013,38	2	
GECOM	R\$ 9.769,13	R\$ 12.379,68	R\$ 16.107,04	16	
GECONT	R\$ 4.884,57	R\$ 6.189,84	R\$ 8.053,52	8	
GEFIN	R\$ 6.716,28	R\$ 8.511,03	R\$ 11.073,59	11	
GEOPEM	R\$ 27.475,69	R\$ 34.817,85	R\$ 45.301,05	45	
GERAD	R\$ 12.821,99	R\$ 16.248,33	R\$ 21.140,49	21	
GEREN	R\$ 14.653,70	R\$ 18.569,52	R\$ 24.160,56	24	
GERHU	R\$ 4.274,00	R\$ 5.416,11	R\$ 7.046,83	7	
GETIN	R\$ 6.105,71	R\$ 7.737,30	R\$ 10.066,90	10	
SEGE	R\$ 610,57	R\$ 773,73	R\$ 1.006,69	1	
SEDIR	R\$ 1.221,14	R\$ 1.547,46	R\$ 2.013,38	2	
	TOTAL	R\$ 109.902,77	R\$ 139.271,40	R\$ 181.204,20	180
MÊS	Operacional	R\$ 42.129,39	R\$ 53.387,36	R\$ 69.461,61	69
	Administrativo	R\$ 58.004,25	R\$ 73.504,36	R\$ 95.635,55	95
	Comercial	R\$ 9.769,13	R\$ 12.379,67	R\$ 16.107,04	16
ANO	Operacional	R\$ 505.905,89	R\$ 640.648,36	R\$ 833.539,32	69
	Administrativo	R\$ 696.537,31	R\$ 882.052,36	R\$ 1.147.626,60	95
	Comercial	R\$ 117.311,46	R\$ 148.556,08	R\$ 193.284,48	16
TOTAL		R\$ 1.319.754,66	R\$ 1.671.256,80	R\$ 2.174.450,40	180

Cotação SulAmérica Saúde PME Mais

Preço
válido até
15/09/2021

Para sua comodidade, segue a cotação de seguro do dia 16/08/2021, feito na medida certa para a sua empresa.

Protocolo Saúde: 100351460/3

Produto: 567 - SulAmérica Saúde PME Mais (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia)

Empresa: SERGIPE GAS SA - SERGAS

CNPJ: 86.809.043/0001-38

Vidas: 89

Município do CNPJ da Empresa: ARACAJU

Tipo de Contratação: Compulsório - 100% do Grupo Segurável

Vigência do Contrato: 24 Meses

Remissão Saúde: Não

Custos Sem Coparticipação

Valores percapita (sem IOF) expressos em Reais (R\$)

				Faixa Etária									
Abrangência	Região de Precificação	Planos	Acomodação	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 +
Nacional	Alagoas e Sergipe	Especial 100 R1	Apartamento	25 vida(s) R\$ 337,93	3 vida(s) R\$ 422,42	2 vida(s) R\$ 523,80	10 vida(s) R\$ 581,42	12 vida(s) R\$ 622,12	15 vida(s) R\$ 721,66	6 vida(s) R\$ 862,67	5 vida(s) R\$ 1.011,05	6 vida(s) R\$ 1.203,66	5 vida(s) R\$ 2.027,57

Prêmio Saúde: R\$ 62.458,73 + IOF (2,38%): R\$ 1.486,52 =

Total Prêmio Saúde: R\$ 63.945,25

Produto: 567 - SulAmérica Saúde PME Mais (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia)

Múltiplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais

Plano	Não Internado		Internado		
	Consulta	Exames e Terapias	Honorários Médicos	Diárias	Exames e Terapias
Especial 100 R1 Apartamento	3,4	1	2	1	1

*SADT - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Exemplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais

Valores expressos em Reais (R\$)

Consultas	Especial 100 R1 Apartamento
Consulta	153,00
Raio-X de Tórax	21,00
Ressonância Magnética De Crânio	550,00
Tomografia Computadorizada De Crânio	372,50
Ultrassom Morfológico	134,50
Ultrassom Obstétrico	70,00
Parto Cesária (Cirurgião, Auxiliar, Anestesia, Atendimento ao RN)	2.470,00
Revascularização do Miocárdio / Ponte de Safena (Cirurgião, Auxiliares e Anestesia)	3.650,00

Valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) é de R\$ 0,50

Considerações Saúde:

- * O proponente declara para todos os fins que teve conhecimento da oferta de "Plano Referência", acomodação em enfermaria, de acordo com a lei 9656/98.
- * Os prêmios poderão ser alterados em função de mudança na distribuição do grupo segurável apresentado e /ou alteração de perfil etário decorrente de aniversário dos componentes.
- * Os preços SulAmérica saúde são uma referência e poderão ser recalculados com o perfil de risco do contrato específico, conforme análise técnica.
- * A aceitação da proposta de seguro saúde dependerá de confirmação da SulAmérica, após análise de todas as informações que forem consideradas relevantes.
- * Esta Proposta não contempla a inclusão de agregados, demitidos/aposentados e afastados.
- * O período mínimo de vigência desse seguro é de 24 (vinte e quatro) meses, com início a partir da data definida pelo Estipulante por ocasião da contratação. O estipulante poderá solicitar o cancelamento antes de findar o período de 12 meses, devendo comunicar a seguradora por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência quando a solicitação for motivada por decretação de falência. Para obter mais informações, consulte as Condições Gerais deste contrato.
- * Os prêmios poderão ser revistos mediante a obtenção de novas informações.
- * As despesas referentes à coparticipação serão cobradas na mesma fatura do prêmio mensal, não havendo, em hipótese alguma, comissão de corretagem sobre o valor de coparticipação.

Sinta-se a vontade para entrar em contato comigo.
Atenciosamente,

VIC CORG DE SEGS SC LTDA
(0071) 3240-6688

Cotação SulAmérica Saúde PME Mais

Preço
válido até
15/09/2021

Para sua comodidade, segue a cotação de seguro do dia 16/08/2021, feito na medida certa para a sua empresa.

Protocolo Saúde: 100351460/1

Produto: 567 - SulAmérica Saúde PME Mais (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia)

Empresa: SERGIPE GAS SA - SERGAS

CNPJ: 86.809.043/0001-38

Vidas: 91

Município do CNPJ da Empresa: ARACAJU

Tipo de Contratação: Compulsório - 100% do Grupo Segurável

Vigência do Contrato: 24 Meses

Remissão Saúde: Não

Custos Sem Coparticipação

Valores percapita (sem IOF) expressos em Reais (R\$)

				Faixa Etária									
Abrangência	Região de Precificação	Planos	Acomodação	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 +
Nacional	Alagoas e Sergipe	Especial 100 R1	Apartamento	25 vida(s) R\$ 337,93	3 vida(s) R\$ 422,42	2 vida(s) R\$ 523,80	11 vida(s) R\$ 581,42	12 vida(s) R\$ 622,12	15 vida(s) R\$ 721,66	7 vida(s) R\$ 862,67	5 vida(s) R\$ 1.011,05	6 vida(s) R\$ 1.203,66	5 vida(s) R\$ 2.027,57

Prêmio Saúde: R\$ 63.902,82 + IOF (2,38%): R\$ 1.520,89 =

Total Prêmio Saúde: R\$ 65.423,71

Produto: 567 - SulAmérica Saúde PME Mais (Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia)

Múltiplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais

Plano	Não Internado		Internado		
	Consulta	Exames e Terapias	Honorários Médicos	Diárias	Exames e Terapias
Especial 100 R1 Apartamento	3,4	1	2	1	1

*SADT - Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Exemplos de Reembolso Saúde - Planos Nacionais

Valores expressos em Reais (R\$)

Consultas	Especial 100 R1 Apartamento
Consulta	153,00
Raio-X de Tórax	21,00
Ressonância Magnética De Crânio	550,00
Tomografia Computadorizada De Crânio	372,50
Ultrassom Morfológico	134,50
Ultrassom Obstétrico	70,00
Parto Cesária (Cirurgião, Auxiliar, Anestesia, Atendimento ao RN)	2.470,00
Revascularização do Miocárdio / Ponte de Safena (Cirurgião, Auxiliares e Anestesia)	3.650,00

Valor da USR (Unidade de Serviço de Reembolso) é de R\$ 0,50

Considerações Saúde:

- * O proponente declara para todos os fins que teve conhecimento da oferta de "Plano Referência", acomodação em enfermaria, de acordo com a lei 9656/98.
- * Os prêmios poderão ser alterados em função de mudança na distribuição do grupo segurável apresentado e /ou alteração de perfil etário decorrente de aniversário dos componentes.
- * Os preços SulAmérica saúde são uma referência e poderão ser recalculados com o perfil de risco do contrato específico, conforme análise técnica.
- * A aceitação da proposta de seguro saúde dependerá de confirmação da SulAmérica, após análise de todas as informações que forem consideradas relevantes.
- * Esta Proposta não contempla a inclusão de agregados, demitidos/aposentados e afastados.
- * O período mínimo de vigência desse seguro é de 24 (vinte e quatro) meses, com início a partir da data definida pelo Estipulante por ocasião da contratação. O estipulante poderá solicitar o cancelamento antes de findar o período de 12 meses, devendo comunicar a seguradora por escrito com 60 (sessenta) dias de antecedência quando a solicitação for motivada por decretação de falência. Para obter mais informações, consulte as Condições Gerais deste contrato.
- * Os prêmios poderão ser revistos mediante a obtenção de novas informações.
- * As despesas referentes à coparticipação serão cobradas na mesma fatura do prêmio mensal, não havendo, em hipótese alguma, comissão de corretagem sobre o valor de coparticipação.

Sinta-se a vontade para entrar em contato comigo.
Atenciosamente,

VIC CORG DE SEGS SC LTDA
(0071) 3240-6688

Dados da Simulação SERGAS

Sucursal: SALVADOR MERCADO	Produto: Hospitalar	Tipo de SPG: 100 a 199	Tipo de Adesão: Compulsório	Tipo de Adesão ao Kit: Digital Por Apólice
Corretor: CDC CORRETORA DE SEGUROS LTDA	Coparticipação: 0%	Mais de um titular: Sim	Modalidade de pagamento: Custo Médio	

Perfil 1

Rede Nacional Plus		Região Nordeste		Plano HNP4		Tipo de Kit Digital	
Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Valor unitário Dental	Quantidade	Saúde (R\$)	Dental (R\$)	Valor Total (R\$)	
Até 18 anos	291,86	0,00	50	29.818,86	650,00	30.468,86	
19 a 23	344,40	0,00	6	3.578,26	78,00	3.656,26	
24 a 28	416,72	0,00	4	2.385,51	52,00	2.437,51	
29 a 33	500,07	0,00	21	12.523,92	273,00	12.796,92	
34 a 38	570,08	0,00	24	14.313,05	312,00	14.625,05	
39 a 43	587,18	0,00	30	17.891,32	390,00	18.281,32	
44 a 48	714,93	0,00	13	7.752,90	169,00	7.921,90	
49 a 53	840,89	0,00	10	5.963,77	130,00	6.093,77	
54 a 58	1.000,67	0,00	12	7.156,53	156,00	7.312,53	
59 adiante	1.751,17	0,00	10	5.963,77	130,00	6.093,77	
Total			180	107.347,89	2.340,00	109.687,89	
Custo Médio	596,38						

Os valores informados nesta simulação são meramente indicativos e poderão ser revistos ou agravados, após a análise da Seguradora.

TOTAIS

Total de Vidas	180
Premio Saúde	107.347,89
Premio Dental	2.340,00
Total Geral	109.687,89
Taxa de Inscrição Tradicional	0,00
Taxa de Inscrição Digital	900,00
I.O.F. Saúde	2.576,30
Total Primeira Parcela	113.164,19
Demais Parcelas	112.242,77

Simulação válida até 31/08/2021



Simulação SPG Saúde

Data da simulação: 16/08/2021

Dados da Simulação SERGAS

Sucursal: SALVADOR MERCADO	Produto: Hospitalar	Tipo de SPG: 100 a 199	Tipo de Adesão: Compulsório	Tipo de Adesão ao Kit: Digital Por Apólice
Corretor: CDC CORRETORA DE SEGUROS LTDA	Coparticipação: 0%	Mais de um titular: Sim	Modalidade de pagamento: Custo Médio	

Perfil 1

Rede Nacional Plus	Região Nordeste	Plano HNP4	Tipo de Kit Digital
--------------------	-----------------	------------	---------------------

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R\$)
--------------	-------------------------	------------	-------------------

Faixa Etária	Valor unitário Saúde	Quantidade	Valor Total (R\$)
Até 18 anos	291,86	50	29.818,86
19 a 23	344,40	6	3.578,26
24 a 28	416,72	4	2.385,51
29 a 33	500,07	21	12.523,92
34 a 38	570,08	24	14.313,05
39 a 43	587,18	30	17.891,32
44 a 48	714,93	13	7.752,90
49 a 53	840,89	10	5.963,77
54 a 58	1.000,67	12	7.156,53
59 adiante	1.751,17	10	5.963,77
Total		180	107.347,89
Custo Médio	596,38		

Os valores informados nesta simulação são meramente indicativos e poderão ser revistos ou agravados, após a análise da Seguradora.

TOTAIS

Total de Vidas	180
Premio Saúde	107.347,89
Taxa de Inscrição Tradicional	0,00
Taxa de Inscrição Digital	900,00
I.O.F. Saúde	2.576,30
Total Primeira Parcela	110.824,19
Demais Parcelas	109.902,77

Simulação válida até 31/08/2021



PROPOSANTE	
SERGIPE GÁS S/A - SERGAS	
RAMO DE ATIVIDADE	
35.20-4-01 - Produção de gás; processamento de gás natural	

CNPJ	06.809.043/0001-38
GRUPO SEGURÁVEL	Funcionários
CORRETORA	0

UNIMED SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL (TOMADA DE PREÇO)

Faixa Etária	Distribuição Etária da Massa Titulares e Dependentes							
	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO	LÍDER	SÊNIOR	TOTAL	%
00-18	50	50	50	50	50	50	50	27,78%
19-23	6	6	6	6	6	6	6	3,33%
24-28	4	4	4	4	4	4	4	2,22%
29-33	21	21	21	21	21	21	21	11,67%
34-38	24	24	24	24	24	24	24	13,33%
39-43	30	30	30	30	30	30	30	16,67%
44-48	13	13	13	13	13	13	13	7,22%
49-53	10	10	10	10	10	10	10	5,56%
54-58	12	12	12	12	12	12	12	6,67%
59 ou +	10	10	10	10	10	10	10	5,56%
Total	180	180	180	180	180	180	180	100,00%

Prêmios Médios e Faturamento - Titulares e Dependentes

Planos	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO	LÍDER	SÊNIOR	Total
Registro ANS - Com coparticipação	449.952/04-2	444.180/03-0	444.181/03-8	444.182/03-6	444.183/03-4	444.184/03-2	
Prêmio	752,07	854,82	948,82	1.006,69	2.115,68	2.597,24	
Faturamento	135.372,11	153.811,85	170.788,03	181.203,55	380.823,08	467.503,96	1.489.502,57

* Estes prêmios médios são referenciais e válidos somente para a implantação do perfil etário informado.
* Sujeito a recálculo caso haja qualquer alteração.

Tabela de Prêmios por Faixa Etária - Titulares, Dependentes e Inativos (Resolução Normativa ANS 279)							Plano Referência
Planos	BÁSICO	PRÁTICO	VERSÁTIL	DINÂMICO	LÍDER	SÊNIOR	UNISEG - SES
Registro ANS - Com coparticipação	449.952/04-2	444.180/03-0	444.181/03-8	444.182/03-6	444.183/03-4	444.184/03-2	425.282/99-9
00-18	365,51	415,30	461,14	489,26	1.028,24	1.262,28	459,65
19-23	447,39	508,33	564,43	598,85	1.258,56	1.545,03	562,60
24-28	560,18	635,49	706,74	749,84	1.575,87	1.934,56	704,45
29-33	619,03	703,35	780,98	828,61	1.741,42	2.137,79	778,45
34-38	659,34	749,16	831,84	882,57	1.854,83	2.277,02	829,15
39-43	764,83	869,01	964,92	1.023,77	2.151,58	2.641,31	961,80
44-48	914,29	1.038,83	1.153,48	1.223,82	2.572,02	3.157,45	1.149,75
49-53	1.096,53	1.245,89	1.383,40	1.467,77	3.084,70	3.786,82	1.378,93
54-58	1.301,83	1.479,16	1.642,42	1.742,58	3.662,26	4.495,84	1.637,11
59 ou +	2.193,05	2.491,78	2.766,79	2.935,53	6.169,39	7.573,63	2.757,85

Fator Comercial	G
-----------------	---

Coparticipação Revertida para Seguradora	
Consultas Eletivas	0%
Consultas Pronto Socorro	0%
Exames Especiais	0%
Exames Básicos	0%
Ambulatoriais Especiais	0%

UNIMED SEGURO SAÚDE EMPRESARIAL
Com Coparticipação Fixa, conforme Condições Gerais

Vidas por Localidade		
UF	Vidas	%
AC	0	0%
AL	0	0%
AM	0	0%
AP	0	0%
BA	0	0%
CE	0	0%
DF	0	0%
ES	0	0%
GO 1	0	0%
GO 2	0	0%
MA	0	0%
MG	0	0%
MS	0	0%
MT	0	0%
PA	0	0%
PB	0	0%
PE	0	0%
PI	0	0%
PR	0	0%
RJ	0	0%
RN	0	0%
RO	0	0%
RR	0	0%
RS	0	0%
SC	0	0%
SE	180	100%
SP CAPITAL	0	0%
SP INTERIOR	0	0%
TO	0	0%
Total	180	100%

*Municípios - GO 1: Águas Lindas de Goiás, Céu Azul, Fomosa, Luziânia, Nova Gama, Ocidental, Pedregal, Planaltina, Santa Antônio de Goiás e Valparaíso de Goiás

Observações:

Este estudo é referencial (tomada de preço), portanto sem validade para implantação.

O custeio deste seguro pelo estipulante será de 100%.

Break Even: 0%

Adesão compulsória do grupo cotado, que deverá corresponder a 100% de FGTS, localidade ou categoria funcional.

Consideramos o cálculo somente com titulares e dependentes, caso haja agregados na massa haverá necessidade de rever as condições apresentadas.

Este estudo não contempla funcionários afastados, casos crônicos, internados, segurados em tratamento, home care, demitidos, aposentados, aposentados por invalidez, gestantes e remidos.

Em função do questionário de risco não ter sido preenchido, estamos considerando que não há pessoas em tratamento ou afastados.

Apenas serão aceitos prestadores de serviços pessoa jurídica, desde que haja contrato de no mínimo 12 meses, mediante apresentação das últimas 3 notas fiscais.

Os prêmios já contemplam o valor do IOF.

Nossa análise do risco foi baseada na sinistralidade da congênera.

*Plano Referência - Uniseg Essencial: Com coparticipação fixa, conforme as Condições Gerais do Produto.

Os prêmios ora apresentados representam apenas uma referência tarifária, considerando a UF (Unidade Federativa) do CNPJ da contratante, sendo que a confirmação dos custos está condicionada ao prévio envio de todas as informações necessárias para a implantação da apólice. A Seguradora reserva-se o direito de rever os custos apresentados com base na conclusão de suas análises técnicas do grupo segurável, caso as informações da cotação apresentem variações em relação a documentação encaminhada. A implantação do seguro está condicionada a adesão compulsória dos funcionários da empresa, através de comprovação da relação do FGTS, e a vigência do Contrato de Seguro se dará após a aprovação, pela Seguradora, desta proposta, bem como das respectivas Declarações de Saúde (para contratos até 30 vidas), dos proponentes que deverão ser anexadas a esta, a documentação para implantação da apólice deve ser protocolada na Seguradora, até 15 dias antes do início da implantação. Para ratificar a aceitação, a Seguradora emitirá a apólice de seguro.

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE

Declaramos estar cientes, considerando as demais informações para análise dos riscos que influenciam e impactam na correta precificação dos planos, os prêmios poderão ser revistos ou até mesmo, a apólice ser cancelada, em virtude da omissão de informações anteriormente a efetiva implantação desta proposta comercial, conforme previsto nas condições gerais do plano. Assumo a responsabilidade das declarações feitas, livre e espontaneamente, na qualidade de responsável pelos segurados incluídos e, como representante da CONTRATANTE pagamento do prêmio e o cumprimento das demais obrigações integrantes dos planos que agora subscrevo.

A oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde é garantida pela Resolução Nacional 430.

Estudo realizado em 03/08/2021
Tabelas válidas para implantações com início de vigência até 01/10/2021

Número do Pedido de Cotação 263888

CHECK LIST - IMPLANTAÇÕES SAÚDE

1. Elegibilidade do produto EMPRESARIAL/PME

100% da GFIP;
100% da GFIP + 100% dos sócios do Contrato Social;
100% de uma categoria funcional (Ex: gerentes, coordenadores, analistas) ou 100% de uma unidade da empresa, mediante carta do estipulante declarando esta elegibilidade e a GFIP para comprovar os cargos.

2. Documentação necessária - IMPLANTAÇÃO ESTIPULANTE - CONTRATO PRINCIPAL

Cópia do CNPJ;

Cópia do Contrato Social (última alteração)e/ou Estatuto + ATA;

Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo responsável legal;
Documentos que comprovem o vínculo do segurado com o estipulante. Como por exemplo, a GFIP completa ou Contrato Social ou a Ata de Eleição de cargo (Adesão).

Layout devidamente preenchido para clientes a partir de 30 vidas;

Cópia dos cartões propostas para clientes com até 29 vidas ou na modalidade Adesão.

2.2 Documentação necessária - IMPLANTAÇÃO SUBESTIPULANTE - SUB CONTRATO

Cópia do CNPJ;

Cópia do Contrato Social (última alteração) e/ou Estatuto + ATA;

Aditivo Artigo 23, devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis legais das empresas contratantes:

Estipulante e Subestipulante;

Para Filiais ou Coligadas: Carta de Inclusão de Filial e/ou Coligada, assinada pelo estipulante: No caso de filial, no Contrato social deve demonstrar a abertura da mesma e a coligada deve constar na divisão de cotas.

Documentos que comprovem o vínculo do segurado com o CNPJ. Como por exemplo, a GFIP completa ou Contrato Social ou a Ata de Eleição de cargo (Adesão).

Layout devidamente preenchido para clientes de grupos a partir de 30 vidas;

Cópia dos cartões propostas para clientes de grupos com até 29 vidas.

Nota: Para enquadramento de subestipulante com utilização do Artigo 23 é necessário comprovação de sócios em comum, coligação ou mesmo grupo econômico.

2.3 Documentação necessária - IMPLANTAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇO (PJ's) - SUB CONTRATO

Cópia do CNPJ;

Cópia do Contrato Social (última alteração) e/ou Estatuto + ATA;

Contrato de Prestação de Serviços com vigência mínima de 12 meses;

Cópia das últimas 03 últimas notas fiscais dos serviços prestados;

Aditivo Artigo 23, devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis legais das empresas contratantes:

Estipulante e PJ;

Documentos que comprovem o vínculo do segurado com o CNPJ. Empresarial: GFIP completa, Contrato Social, Ata de Eleição de cargo (Adesão).

Layout devidamente preenchido para clientes de grupos a partir de 30 vidas;

Cópia dos cartões propostas para clientes de grupos com até 29 vidas.

Nota: A quantidade de prestadores não poderá ultrapassar 10% do total da massa cotada considerando os titulares e dependentes.

2.4 Para inclusão de Estagiários (Máximo de 29 anos, 11 meses e 29 dias)

Carta informando a adesão de 100% dos estagiários, com o nome de cada estagiário;

Termo/Contrato de Estágio com validade vigente.

2.5 Para inclusão de Demitidos e/ou Aposentados

*Devem estar previstos e autorizados na Proposta Comercial.

*Somente com extensão de benefício legal, concedido pela empresa.

Termo de Opção de Transferência do Seguro (implantação)

Declaração do INSS (para aposentados por invalidez)

Cópia do Termo de rescisão contratual + Cópia do comprovante de contribuição do plano anterior

2.6 Para inclusão de Expatriados

Cópia do Passaporte carimbado pela Polícia Federal - com visto de permanência no país.

Carta original, em papel timbrado, assinada pelo representante legal da empresa sob carimbo

da mesma, informando tratar-se de Expatriado com direito ao seguro, contendo tempo de permanência no Brasil e função exercida na empresa com a data de chegada no país.

2.7 Para inclusão de Aprendiz (Maiores de 14 e menores de 24 anos de idade)

Contrato de aprendiz assinado pelo próprio e pelo representante legal da empresa sob carimbo.

Cópia da inscrição/matricula em escola ou instituição de ensino técnico.

Aprendiz recém-admitido não relacionado no FGTS:

Registro do empregado assinado pelo empregador e pelo empregado sob carimbo da empresa e/ou

Cópia das páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social com fotografia, cópia da página.

do registro da empresa, número da carteira, série e assinatura do portador na frente e no verso da página.

2.8 Para inclusão de Afastados

*Devem estar previstos e autorizados na Proposta Comercial.

*A aceitação dos mesmos está condicionada à análise da Seguros Unimed.

Comunicado emitido pelo INSS (comunicação de decisão).

3. Quem pode assinar a proposta de contratação e demais documentos dos processos de implantação

Sócios do contrato social;

Administrador da empresa, desde que apresente procuração registrada;

Gerentes (RH, Benefícios, Compras, Financeiro), desde que apresentem procuração registrada.

4. Empresário Individual (EI) - ME, MEI, CEI e EPP

Para cumprimento das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),

contidas na Resolução Normativa (RN) 432, que regulamenta a contratação de planos de saúde para Empresários Individuais (EI), seguem as condições para contratação desse tipo de modalidade:

Somente poderão ser aceitos como estipulantes/subestipulantes inscritos no CEI aqueles cujo cadastro junto

SERGIPE GAS S/A - SERGAS												
SOLICITAÇÃO DE COMPRAS												
Pirâmide												
Item	Requisitante Produto /Complemento/ Descrição Auxiliar: Aplicação	Valor Unit.	Previsto	Qtd. Solic.	Valor Total	Qtd. Canc.	Un.	Est. Atual	Un.	Cotação	AF	Status AF Status Item
Referência												
Requisitante: 00002592 a 00002592												
Solicitação: 00002592 a												
Emissão: a												
Liberação: a												
Situação Solic.: Todas												
Filia! SERGIPE GAS S/A - SERGAS												
Solicitação: 00002592 Emissão: 30/07/2021 Dt. Últ. Alt.: 30/07/2021 Liberada: SIM												
Solicitante: WAGNER MARCEL DE SANTA Liberação: 30/07/2021 Usu. Libera.: 228.101,67												
Un. Comp.: DISUP Valor Total :												
1 IOLANDO MENEZES DOS 86.308,74 1,00 86.308,74 0,00SER 0,00 SER												
10.01.19.0001 - PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA SAUDE COLETIVO EMPRESARIAL (OPERACIONAL)												
0404 - GEOPEM												
Classificação: 10 - SERVICOS , 01 - OPERACIONAL , 19 - ASSISTENCIA MEDICA												
2 JORGE SWAMI SANTANA 118.366,27 1,00 118.366,27 0,00SER 0,00 SER												
10.02.35.0001 - PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA SAUDE COLETIVO EMPRESARIAL (ADM)												
0001 - SEDE												
Classificação: 10 - SERVICOS , 02 - ADMINISTRATIVO , 35 - ASSISTENCIA MEDICA												
3 ANDRE LUIZ SANTOS DE 23.426,66 1,00 23.426,66 0,00SER 0,00 SER												
10.03.35.0001 - PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA SAUDE COLETIVO EMPRESARIAL (COMERCIAL)												
0020 - GECOM												
Classificação: 10 - SERVICOS , 03 - COMERCIAL , 35 - ASSISTENCIA MÉDICA												
Total de Solicitações na Filial: 1												
Total de Solicitações: 1												



TERMO DE REFERÊNCIA SERGAS

**CONTRATAÇÃO DO SEGURO EMPRESARIAL DE
ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, NA MODALIDADE DE
SEGURO COLETIVO COM PATROCINADOR,
EXCLUSIVAMENTE, ATRAVÉS DE SEGURADORA
ESPECIALIZADA EM SAÚDE, REGISTRADA NA AGÊNCIA
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**

Aracaju/SE, 13 de agosto de 2021.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. INFORMAÇÕES INICIAIS

Sector: Diretoria Administrativa e Financeira

Responsável: Lauro Daniel Beisl Perdiz

Cargo: Diretor

Data Desejada para Início dos Serviços: 1º de novembro de 2021.

2. OBJETO

2.1. O presente Termo de Referência, tem por finalidade determinar as condições de contratação do Seguro Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, com IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, não inferior a 0,80, no ano base 2019, e relativo a qualificação da operadora em 2020, não se admitindo cooperativa médica ou medicina de grupo, mesmo com registro junto a ANS, operando com Planos Ambulatoriais e Hospitalares, sem carência, para atendimento do pessoal do quadro funcional da SERGAS, com extensão aos dependentes, com abrangência nacional para todos os serviços descritos neste Anexo, conforme Lei 9.656/98, e as alterações promovidas pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 – publicada no DOU de 27/08/2001, suas alterações e legislação complementar, particularmente a Resolução Normativa – RN nº 465, de 24/02/2021, em vigor a partir de 01.04.2021, adequando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 470/2021, de 09 de julho de 2021, a vigorar a partir de 1º de outubro de 2021 pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado, conforme condições estabelecidas no art. 71 da Lei 13.303/2016.

2.1.1. Para efeito desta contratação entende-se como Seguro Coletivo Empresarial, o Plano Privado de Assistência à Saúde com a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor considerando-se assim, dentre outros, os atendimentos médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, inclusive decorrentes de acidentes de trabalho, exames complementares e serviços auxiliares de diagnósticos, terapias e internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em Unidade de Terapia Intensiva e utilização de leitos especiais.

3. JUSTIFICATIVA

Qualquer organização, seja ela pública ou privada, entende a importância de se ter profissionais motivados e engajados para o alcance dos resultados corporativos desejados. Diante disso, a gestão de benefícios torna-se um diferencial competitivo para manter o bem-estar e a qualidade de vida dos empregados, de forma a motivá-los, ainda mais.

Além disso, todos nós estamos cientes do grave momento que passamos na saúde mundial, o momento pandêmico só veio reforçar a importância de um bom benefício na área da saúde a exemplo do benefício de assistência médica ofertado pela SERGAS aos seus empregados e dependentes. O que torna o assunto assistência médica delicado, requerendo uma atenção

especial, uma vez que, a partir do momento que a organização se compromete a oferecer um bom seguro saúde para seus empregados, ela mostra a preocupação com a saúde e o bem-estar, não só dos empregados, mas de toda a família.

Para melhor justificar a realização de um procedimento licitatório para contratação de um Seguro Empresarial de Assistência Médico-Hospitalar para atender aos empregados da SERGAS, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, destacamos algumas vantagens em oferecer um bom benefício: i) mantém os empregados motivados; ii) melhora a saúde dos empregados e dependentes; iii) aumenta a produtividade, diminui os afastamentos por motivos de saúde; iv) melhora o ambiente de trabalho; e v) traz mais bem-estar para toda a família do empregado.

Diante do exposto, entende-se que é necessária a realização de um procedimento licitatório para contratação de um Seguro Coletivo Empresarial para atender aos empregados da SERGAS, na modalidade de Seguro Coletivo Com Patrocinador, exclusivamente, através de Seguradora Especializada em Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Serão beneficiários dos serviços todos os abaixo relacionados, com inclusão no início do seguro, sem limite de idade:

a) São considerados beneficiários titulares:

a.1) Empregados da SERGAS devidamente registrados conforme legislação trabalhista vigente.

b) São considerados beneficiários dependentes:

b.1) O cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

b.2) O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

b.3) A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

b.4) Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

b.5) Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

b.6) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens b.4. e b.5;

b.7) A existência do dependente constante dos itens b.1 e b.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item b.3.

5. DA DESCRIÇÃO E EXIGÊNCIAS DOS SERVIÇOS

5.1. Assistência médico-hospitalar e ambulatorial, no âmbito nacional, com reembolso, incluindo obstetrícia, destinado aos beneficiários em rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou de livre escolha, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios,

exames complementares, serviços auxiliares, remoções, internações, médicos e outros profissionais/instituições, nas especialidades e procedimentos médicos, conforme anexo à RN – Resolução Normativa nº 465, de 24/02/2021, adequando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nos termos da Resolução Normativa nº 470/2021, de 09 de julho de 2021, a vigorar a partir de 1º de outubro de 2021, e seguintes;

Além de:

5.2. Hospitalização em apartamentos individuais com banheiro privativo e direito a acompanhante, sem limite de diárias;

5.3. O plano deverá ser isento de carência para todos os Participantes do grupo inicial, para qualquer evento, inclusive parto e doença preexistente, aplicando-se às inclusões de titulares e dependentes as seguintes regras;

5.3.1. O Beneficiário incluído dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Seguro, terá como data de início de vigência a mesma data do evento que caracterizou sua condição de proponente ou dependente e/ou o mesmo dia de vigência do plano, e estará isento do cumprimento dos prazos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.2. O filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Beneficiário Titular que for incluído no plano em até 30 (trinta) dias do seu nascimento ou adoção, estará isento do cumprimento dos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.3. Entende-se como parto coberto, quando o Beneficiário Titular está isento ou já cumpriu o prazo de 300 (trezentos) dias de carência para parto;

5.3.4. O filho adotivo, até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário, poderá ser incluído no plano com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias da adoção e estará isento de Cobertura Parcial Temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

5.3.5. O Beneficiário incluído após o prazo de 30 (trinta) dias da data da contratação, admissão, casamento, ou outro evento que habilite seu ingresso no Plano, terá como data de início de vigência o mesmo dia de vigência do plano no mês subsequente, e deverá cumprir os prazos de carência conforme abaixo, e estará sujeito a cobertura parcial temporária para doenças e/ou lesões preexistentes;

I. Prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para cobertura dos casos de urgência e emergência;

II. 30 (trinta) dias para consultas médicas e para os seguintes exames: hemograma completo, glicemia jejum, parasitológico de fezes simples, sumário de urina e raio-x simples;

III. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos (exames, atendimento ilimitado de urgência e emergência, internações e cirurgias), observadas as restrições decorrentes da incidência da CPT – Cobertura Parcial Temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes;

III. 180 (cento e oitenta dias) para internações hospitalares de qualquer natureza;

IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

5.4. A SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE deverá proporcionar, atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, incluindo os atendimentos de urgência e emergência, conforme disposto nas Resoluções CONSU Nº 13/98 e 15/99 do CONSU, nas Leis 9.656/98, 9.961/00 e 10.185/01, e nas Resoluções Normativas 63/03, 195/09, 387/15, 465/21 e 496/21 da ANS – Agência Nacional de Saúde, todas com suas respectivas alterações, nos seguintes seguimentos:

5.4.1. Ambulatorial: atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:

I. Consultas médicas em número ilimitado, realizadas em ambulatório ou consultório, em todas as especialidades médicas;

II. Consultas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado;

III. Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

IV. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas por dia em prontos-socorros e/ou hospitais credenciados, em todas as especialidades;

V. Remoção depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente, ou pela necessidade de internação;

VI. Procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório;

VII. Procedimentos considerados especiais:

a) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

b) Hemodiálise e diálise peritoneal;

c) Hemodinâmica ambulatorial;

d) Hemoterapia ambulatorial;

e) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

f) Radioterapia.

VIII. Consultas e sessões com os profissionais de saúde abaixo relacionados, mediante indicação do médico, limitadas ao número de sessões a cada período de 12 (doze) meses, não cumulativas na renovação contratual:

a) Escleroterapia (12 sessões);

b) Fonoaudiologia (24 sessões) – nos termos do ANEXO I – da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021;

c) Nutrição (12 sessões) – Conforme Diretriz de Utilização nº 103 da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021.

d) Sessão com Psicólogo e/ou Terapia Ocupacional (40 sessões) - nos termos do ANEXO I – da Resolução Normativa nº 469, de 09 de julho de 2021.

IX. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico, ressalvado o direito de cobrança de até 30% (trinta por cento) sobre o valor da sessão, a título de coparticipação, quando ultrapassada a 60ª Sessão de Fisioterapia. A recomposição da quantidade (número de sessões), se fará, quando da renovação anual do contrato (Apólice).

X. Cobertura dos procedimentos de terapias especiais, realizadas em sessões de acupuntura, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico.

XI. Exames laboratoriais específicos, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar nos termos dos Anexos que compõem a RN nº 465, de 24/02/2021 e as alterações da RN 469, de 09 de julho de 2021, dentre outros:

- a) Acilcarnitinas – Perfil quantitativo e/ou qualitativo;
- b) Análise de DNA para diversas doenças genéticas;
- c) Avidéz de IgG para toxoplasmose;
- d) Citomegalovirus – quantitativo por PCR;
- e) D-Dímero;
- f) Eletroforese de proteínas de alta resolução;
- g) Fator V Leiden, análise de mutação;
- h) Galactose-1-fosfato uridiltransferase;
- i) Hepatite B – teste quantitativo;
- j) Hepatite C – genotipagem;
- k) HIV – genotipagem;
- l) Imunofixação para proteínas;
- m) Inibidor dos fatores da hemostasia;
- n) Mamografia digital;
- o) Succinil acetona;
- p) Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (fluorescence in situ hybridization);
- q) Teste de inclinação ortostática (Tilt Test);
- r) X-frágil, análise molecular.

XII. Tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

- a) O atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de CONTRATO, não cumulativas;

c) O tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico.

5.4.2. Hospitalar com Obstetrícia: atendimentos em unidade hospitalar, previstos na legislação e no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes coberturas, dentre outras:

I. Internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI/CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade;

II. Acomodação em apartamento com instalações adequadas;

III. Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

IV. Exames de diagnóstico e de controle da evolução da doença durante o período de internação;

V. Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizadas durante o período de internação;

VI. Qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados durante o período de internação;

VII. Remoção do paciente para outra unidade hospitalar, quando comprovadamente necessária;

VIII. Acomodação e Alimentação para acompanhante do beneficiário;

IX. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar:

a) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;

b) Embolizações;

c) Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;

d) Fisioterapia;

e) Hemodiálise e diálise peritoneal;

f) Hemoterapia;

g) Material de osteossíntese, como placas, parafusos e pinos;

h) Nutrição parenteral e enteral;

i) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

j) Próteses intra-operatórias;

- k) Quimioterapia;
- l) Radiologia intervencionista;
- m) Radioterapia;
- n) Transplante de rim e córnea e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, despesas médico-hospitalares com doadores vivos e medicamentos usados durante a internação.

X. Procedimentos cirúrgicos e invasivos, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar (Anexo I, II, III e IV da RN 465/2021 e RN Nº 469/2021, ambas da ANS):

- a) Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio-X ou US (mamotomia);
- b) Cirurgia refrativa (miopia acima de 5 graus e hipermetropia até 6 graus, com ou sem astigmatismo associado);
- c) Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida;
- d) Dermolipectomia;
- e) Gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica);
- f) Implante de Desfibrilador interno cardíaco, placas, eletrodos e gerador;
- g) Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos;
- h) Procedimentos cirúrgicos por videolaparoscopia;
- i) Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser;
- j) Transplantes autólogos de medula óssea;
- k) Tratamento cirúrgico de epilepsia;
- l) Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;

XI. Procedimentos para anticoncepção, tais como:

- a) Vasectomia (desde que atenda as disposições legais do planejamento familiar – Lei 9.263/96);
- b) Laqueadura tubária/laqueadura tubária laparoscópica (desde que atenda as disposições legais do planejamento familiar – Lei 9.263/96);
- c) Implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal – inclui o dispositivo – limitado o reembolso ao valor da tabela de honorários médicos do Conselho Regional de Medicina.

XII. Procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto, e puerpério:

- a) Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;
- c) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

XIII. Tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, incluindo:

- a) O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de CONTRATO não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de CONTRATO não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

5.4.3. Serviços de Diagnósticos e Tratamento:

- Análise Clínica;
- Análise laboratorial;
- Anatomia Patológica;
- Angiografias e Arteriografias;
- Aortografia Abdominal;
- Audiometria Tonal e Vocal;
- Bacterioscopia;
- Bioimpedanciometria;
- Biopsia Prostática guiada por Ultra-sonografia;
- Bipsias em geral;
- Calangiografia intravenosa;
- Cicloergometria;
- Cintilografias;
- Cirrose Hepática;
- Citologia e Microflora Vaginal;
- Colposcopia;
- Diálise peritoneal;
- Doppler do Sistema Arterial;
- Ductografia;
- Ecocardiografia;
- Eletrocardiografia Dinâmica;
- Eletroencefalografia;
- Endoscopia;
- Estudo Hemodinâmico;
- Hemodiálise e Diálise Peritoneal;
- Hemodiálise;
- Hemoterapia;
- Laparoscopias;
- Litotripsias;
- Mamografia;
- Medicina Nuclear (Mapeamentos, Cintilografias, Terapias);
- Oxigenoterapia Hiperbárica;
- Quimioterapia;
- Radiologia;
- Radioterapia;
- Ressonância Magnética;
- Teste de função pulmonar;

- Tomografia computadorizada;
- Tratamento Fisioterápico;
- Tratamentos Fonoaudiólogos e de Psicomotricidade;
- Ultrassonografia colorida;
- Ultrassonografia com Doppler.

5.5. Todos os beneficiários inscritos na SEGURADORA DE SAÚDE terão direito à prestação dos serviços indicados neste Termo de Referência, que constituem referência mínima obrigatória, além de demais coberturas garantidas pela legislação vigente, nas patologias reconhecidas ou que vierem a ser reconhecidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, pelo CFM – Conselho Federal de Medicina e pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

5.6. Serão cobertos pela SEGURADORA exames e/ou procedimentos solicitados por profissional devidamente qualificado, ainda que este não integre a rede própria, credenciada, contratada ou referenciada da SEGURADORA.

5.7. Atendimento de todos os procedimentos ora indicados em todo o território nacional através de rede credenciada, contratada ou referenciada e/ou por reembolso.

5.8. Serviços de remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, em território nacional, sempre que recomendado pelo médico do paciente sem qualquer ônus adicional, sendo de total responsabilidade da SEGURADORA o custo com a remoção de pacientes, dentro do perímetro urbano, e nos perímetros intermunicipal e interestadual, de forma adequada a cada caso, inclusive UTI móvel terrestre e aéreo, sem limite de quilometragem, entre hospitais, nos termos da RN nº 347/14.

5.9. Garantia de diárias, acomodações e refeições aos acompanhantes de beneficiários, sem restrição de faixa etária e independente do estado de saúde do paciente, sem nenhum ônus adicional para os beneficiários e para o contratante.

5.10. Fornecimento de dieta especial, quando indicado, até a alta do paciente, sem ônus adicionais ao beneficiário.

5.11. Garantia de acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário, quando não houver acomodação hospitalar disponível de acordo com o Plano de Cobertura do beneficiário na Rede Credenciada da SEGURADORA.

5.12. Atendimento dos procedimentos de urgência e/ou emergência em todo o território nacional através de rede credenciada e/ou reembolso.

5.13. A SEGURADORA não poderá criar em quaisquer hipóteses restrições ao atendimento de beneficiário sob a alegação de doenças ou lesões preexistentes ou congênitas.

5.14. Para efeito deste Termo de Referência, dever-se-á entender como quadro funcional da SERGAS, os Empregados e Diretores, que esta venha a indicar, assim como os dependentes dos indicados.

6. REDE CREDENCIADA

6.1. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Diagnose;
- b) Uniclínica;
- c) Cemise;
- d) Clínica e Hospital São Lucas;
- e) Hospital Primavera;
- f) Hospital Unimed;
- g) Uniccat.

6.2. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para pronto atendimento e internação, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Clínica e Hospital São Lucas;
- b) Hospital Primavera;
- c) Hospital Unimed;
- d) Clínica Santa Helena.

6.3. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para pronto atendimento e internação especializada, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Clínica Sempre Viva Unidade Cirúrgica;
- b) Clínica e Hospital São Lucas;
- c) Hospital Cirurgia;
- d) Hospital Unimed;
- e) Hospital Primavera.

6.4. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas cardiológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Hospital do Coração;
- b) Climedi;
- c) Diagnose;
- d) Uniclínica;
- e) Uniccat;
- f) Icase;
- g) Laclise.

6.5. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas oncológicas especializadas, deverá constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Vitta Centro de Oncologia;
- b) Onco Hematos;
- c) Climedi;
- d) San Giovanni Oncologia.

6.6. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas infantis especializadas, deverá constar de no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Pimpolho Clínica Infantil;
- b) Clínica Endogastro;
- c) Hospital Unimed;
- d) Clínica e Hospital São Lucas.

6.7. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas ortopédicas, de fisioterapia e de reumatologia especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Ceot;
- b) Pronto Clínica;
- c) Ortoclínica;
- d) Hospital Unimed.

6.8. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas oftalmológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Hospital Ocular;
- b) Clínica de Olhos;
- c) Oftalmos;
- d) Instituto da Visão de Sergipe.

6.9. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em clínicas ginecológicas especializadas, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Ultra Imagem;
- b) Clínica Pro Femina;
- c) Clínica Integrada Homo;
- d) Clínica Santa Helena.

6.10. Do Rol dos credenciados da SEGURADORA no Estado de Sergipe para atendimento em laboratórios clínicos, deverão constar no mínimo 2 (dois) dos abaixo indicados:

- a) Lamac;
- b) Cemise;
- c) Uniccat;

- d) Climed;
- e) Clínica e Hospital São Lucas.

6.11. Serviço de atendimento domiciliar a pacientes em reabilitação, com incapacidades, demências e com câncer.

7. DO REEMBOLSO

7.1. As SEGURADORAS DE SAÚDE devem colocar à disposição dos segurados a sua rede referenciada e, também, oferecer a livre escolha dos prestadores de serviços (médicos, clínicas especializadas, laboratórios e hospitais);

7.2. Para fins de cotação, o valor do reembolso para consulta médico-hospitalar de livre escolha deverá ser igual ou superior a R\$ 285,00 (duzentos e oitenta e cinco reais);

7.3. O segurado que exercer a opção de livre escolha receberá o reembolso das despesas médico-hospitalares até o limite previsto no contrato;

7.4. Para fins de **reembolso**, deverão ser considerados os parâmetros básicos mínimos a seguir, (como exemplo), admitindo-se variações para mais ou para menos, quando para se adequar a "Produto" já homologado pela Seguradora ou para arredondamento de valores:

Eventos	US 0,5560 Unidade de Serviço	Valor (R\$)
Consulta Médica	512,59 US	R\$ 285,00
Serviços Auxiliares de Diagnose	08x	Tabela
Terapias	08x	Tabela
Honorários Médicos (Clínicos, Cirúrgicos e Obstétricos)	08x	Tabela
Honorários de Pediatra	02x	Tabela
Despesas Com Remoção	512,59 US	R\$ 285,00
<u>Despesas Hospitalares – Internação Clínica e Cirúrgica</u>		
Diária Hospitalar	300 US	R\$ 166,80
Diária de UTI	900 US	R\$ 500,40
Despesa Hospitalar	7500 US	R\$ 4.170,00
Sala de Cirurgia	700 US	R\$ 389,20
Sala de Cirurgia (Parto)	500 US	R\$ 278,00
<u>Outros Serviços de Saúde</u>		
Fonoaudiólogo	162	R\$ 90,07
Terapeuta Ocupacional (por sessão)	2X	Tabela

7.5. Caberá aos beneficiários reembolso integral, ou seja, de 100% (cem por cento) das despesas efetuadas com consultas, exames, honorários médicos e serviços hospitalares, com medicamentos e materiais utilizados durante o período de internação e com as demais taxas hospitalares, nas seguintes hipóteses:

- a) despesa efetuada nas localidades em que a SEGURADORA não dispuser de rede médico-hospitalar, laboratorial e serviços complementares ao diagnóstico e terapia, credenciada, referenciada ou própria;

- b) em situações de greve, paralisações ou outras que impeçam o atendimento pela rede própria, referenciada ou credenciada da SEGURADORA;
- c) nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços na rede própria, credenciada ou referenciada da SEGURADORA, aqueles como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesão irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

7.6. Quando ocorrer indisponibilidade do serviço na rede credenciada ou referenciada da seguradora, ou suspensão de atendimento por parte da seguradora em qualquer localidade, será assegurado o reembolso integral da despesa realizada pelo usuário, mediante apresentação dos comprovantes originais. O reembolso será suspenso após a formalização do restabelecimento do atendimento, exceto nos casos de tratamentos sequenciados com as terapias;

7.7. Os prazos máximos para reembolso, por parte da SEGURADORA, contados da apresentação pelos beneficiários do comprovante de pagamento serão de:

- a) No máximo, 30 (trinta) dias consecutivos, no caso referente dos subitens 7.1, 7.2, 7.3. e 7.5.;
- b) No máximo, 20 (vinte) dias consecutivos, no caso do subitem 7.6.

7.8. As solicitações de reembolso somente serão aceitas mediante a apresentação dos originais dos documentos comprobatórios;

7.9. Os tratamentos contínuos já autorizados por motivo de inexistência de rede credenciada, referenciada ou própria no local serão reembolsados até o término do tratamento.

8. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO SEGURO SAÚDE

8.1. A inclusão no seguro é compulsória a todos os integrantes do quadro funcional do estipulante;

8.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário dependente;

8.3. Somente o beneficiário titular poderá realizar a inclusão ou exclusão de Beneficiários Dependentes, conforme cronograma abaixo:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do primeiro dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do primeiro dia do 2º mês subsequente.

8.4. As exclusões deverão obedecer aos mesmos prazos do cronograma de inclusões especificados no item 8.3;

8.5. A exclusão de beneficiário dependente deverá ser solicitada pelo Beneficiário Titular, ao Estipulante, com 30 dias de antecedência;

8.6. Estarão isentos de quaisquer carências aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, após a assinatura do Acordo, desde que manifestada a solicitação de inclusão em até 30 (trinta) dias corridos contados da:

- a) data de entrada/admissão do beneficiário titular na SERGAS;

- b) data de nascimento do beneficiário dependente;
- c) data de expedição do termo de guarda ou tutela, para inclusão de filhos adotivos ou menores sob guarda ou tutela;
- d) data do casamento ou união estável do beneficiário titular, para inclusão do cônjuge e dependentes afins;
- e) data do retorno às atividades por término de licença para trato de assuntos particulares;
- f) data da publicação do ato de concessão da pensão.

8.7. É de responsabilidade do **Estipulante** solicitar formalmente à Seguradora de Saúde a exclusão dos beneficiários dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9. DA CARÊNCIA

9.1. As carências para inclusões ocorridas após 30 (trinta) dias da assinatura do Termo de Acordo, ressalvados os casos constantes no item 8.6, serão de:

- I) 30 (trinta) dias consecutivos, para consultas médicas, exames complementares de qualquer porte e serviços auxiliares;
- II) 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, para internações hospitalares, incluindo cirurgias de qualquer porte e procedimentos terapêuticos de hemodinâmica;
- III) 300 (trezentos) dias consecutivos, para os casos obstétricos;
- IV) 24 (vinte e quatro) meses, para doenças e lesões preexistentes;

9.2. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Seguro Saúde em situações de urgência ou emergência, que ocorram durante a vigência da prestação de serviço, conforme disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; nos termos da redação dada pela Lei nº 11.935/09.

9.3. Os beneficiários poderão transferir-se de um plano para outro, observando a seguinte sistemática:

- a) Quando a mudança for de um plano inferior para um plano superior: o beneficiário poderá transferir-se desde que cumpra as carências contratuais para o novo plano. Enquanto cumpre as carências deste, poderá utilizar-se normalmente do plano anterior;
- b) Quando a mudança for de um plano superior para um inferior: o beneficiário poderá transferir-se desde que transcorridos 12 (doze) meses, contados da sua última inscrição ou transferência.

10. DA PORTABILIDADE

10.1. O titular poderá optar pela troca de plano de saúde ou seguro saúde, com portabilidade de carências, nas seguintes condições:

- 10.1.1. Não ter havido internação ou tratamento de valor igual ou superior a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) nos últimos 12 meses;
- 10.1.2. Inexistência de gravidez;

10.1.3. A opção pela troca de seguradora de plano de saúde decorrente de remoção/cessão permite a portabilidade de carências independente das condições dos subitens 10.1.1. e 10.1.2..

11. DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA CONTRATUAL

11.1. Não estão cobertas as doenças, procedimentos, situações e despesas abaixo relacionadas:

11.1.1. Cirurgias plástica embelezadora, cirurgias estéticas, especialidades médicas que não forem legalmente reconhecidas, massagens, duchas, saunas e outros de finalidade estética, tratamento em estâncias hidrominerais, clínicas de repouso, centros de saúde pela água (SPAs), tratamentos experimentais e aplicação de medicamento não reconhecido pelos órgãos governamentais, bem como os não aprovados pelo S.N.F.M. – Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

11.2. Tratamento e/ou cirurgias para fertilização;

11.3. Próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins exclusivamente estéticos ou importados quando houver nacional equivalente;

11.4. Exames com o objetivo de reconhecimento de paternidade e atos cirúrgicos determinando a mudança ou alteração de sexo;

11.5. Procedimentos médicos que envolvam aborto não autorizado pela legislação vigente;

11.6. Aviamento de óculos, lentes e aparelhos de surdez;

11.7. Outros procedimentos médicos considerados não éticos pelo Conselho Federal de Medicina.

12. DOS PREÇOS

12.1. Os valores das mensalidades serão definidos por tipo de seguro de saúde e pelas seguintes faixas etárias, determinadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde:

Faixas etárias
0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 ou mais.

13. OBRIGAÇÕES DO SEGURO SAÚDE

13.1. Após a homologação e assinatura do Contrato indicar, em até 5 (cinco) dias úteis, preposto, com a finalidade de prestar informações, esclarecimentos, tirar dúvidas junto à SERGAS e beneficiários;

13.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos junto aos beneficiários da SERGAS;

13.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas Contrato;

13.4. Oferecer serviços de central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas para esclarecimentos que se fizerem necessários;

13.5. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

13.6. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, emendar esforços para sanar problemas, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;

13.7. Informar à SERGAS, na qualidade de Estipulante, sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores;

13.8. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

13.9. Informar, mensalmente, à Gerencia de Recursos Humanos da SERGAS as inclusões e exclusões de beneficiários titulares e dependentes;

13.10. As Seguradoras credenciadas deverão proteger os sigilos médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011;

13.11. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

13.12. Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes;

13.13. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Gerência de Recursos Humanos, no prazo de 30 (trinta) dias corridos contados da solicitação, podendo ser prorrogado a critério da SERGAS, contendo dados sobre os percentuais de sinistralidade do grupo segurado, em determinado período, indicando os valores atribuídos a eventuais casos crônicos.

13.14. Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontados pela SERGAS, em até 5 (cinco) dias úteis, contados da notificação, ou apresentar justificativas para impossibilidade de atendimento no prazo estipulado;

13.15. Manter, durante toda a execução do Acordo os serviços exigidos neste Termo;

13.16. Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência;

13.17. Fornecer aos beneficiários da SERGAS carteiras de identificação e, para o titular disponibilizando o guia médico (em meio eletrônico/internet – Site Específico), constando nome, telefone e endereço dos médicos, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados;

13.18. Entregar as carteiras provisórias aos beneficiários e/ou dependentes, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, e as carteiras definitivas no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados do início da prestação dos serviços, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de cadastramento na empresa, para os beneficiários cadastrados posteriormente;

13.19. Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora/seguradora, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do Acordo, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

a) pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à seguradora;

b) pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à seguradora o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

c) pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela seguradora até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos;

d) pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à seguradora a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

14. DAS OBRIGAÇÕES DA SERGAS

14.1. Colocar à disposição da Seguradora informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

14.2. Comunicar à Seguradora credenciada, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o desligamento de empregados da SERGAS;

14.3. Permitir à Seguradora a divulgação dos planos juntos aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

14.4. Permitir o acesso dos profissionais da Seguradora às dependências da SERGAS, objetivando a divulgação dos serviços a serem prestados e o apoio necessário aos beneficiários;

14.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;

14.6. Acompanhar e fiscalizar a atuação da(s) seguradora(s) perante os beneficiários titulares garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade das prestações dos serviços;

14.7. Será de responsabilidade da SERGAS em informar seus empregados, no caso de cancelamento do benefício ou em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como beneficiário do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.

15. DA EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

15.1. Os titulares serão excluídos do benefício de assistência médica nos seguintes casos:

- a) por falecimento;
- b) por término do contrato de trabalho com a Companhia, ressalvadas as exceções previstas no contrato e seus anexos;
- c) quando solicitado pelo titular.

16. DAS DIVERGÊNCIAS TÉCNICAS

16.1. Em situações de divergências técnicas, que eventualmente possam vir a ocorrer durante a vigência contratual, a SEGURADORA se comprometerá a:

- a) Fornecer ao beneficiário laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;
- b) Garantir ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência;
- c) Garantir, no caso de situações de divergências médicas ou técnicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da Seguradora, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Seguradora.

17. DOS DESLIGAMENTOS

17.1. Demitidos:

17.1.1. A Seguradora deverá assegurar ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício com a SERGAS, no caso de rescisão ou destituição do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da SERGAS, mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.1.2. O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

17.1.3. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo;

17.1.4. A condição de beneficiário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo;

17.1.5. O beneficiário terá 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à Seguradora, cabendo à SERGAS dar expressa ciência ao beneficiário demitido;

17.1.6. Este direito não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho;

17.2. O beneficiário titular que não participar financeiramente do seguro, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida no tópico anterior;

17.3. Aposentados:

17.3.1. A Seguradora assegurará ao beneficiário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano ora contratado, decorrente do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da SERGAS, mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.3.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no caput, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano mantido os valores observados no mês imediatamente anterior ao seu desligamento;

17.3.2.1. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes cobertos pelo seguro na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo;

17.3.3. A condição de beneficiário assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo;

17.3.4. O beneficiário terá 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à Seguradora, cabendo à SERGAS dar expressa ciência ao beneficiário demitido;

17.3.5. Este direito não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

17.3.6. O beneficiário titular que não participar financeiramente do seguro, durante o período em que possuir o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura estabelecida neste item.

17.4. Responsabilidades:

17.4.1. Será de responsabilidade do beneficiário inativo (demitido ou aposentado) o pagamento da sua mensalidade, por si e por seus dependentes, que deverá ser realizada mediante boleto bancário individualizado, que será encaminhado pela Seguradora;

17.4.2. Será de responsabilidade da SERGAS em informar seus empregados, no caso de cancelamento do benefício ou em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como beneficiário do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito;

17.4.3. Será de responsabilidade da Seguradora em manter durante o período de vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Licitação.

18. DO CUSTEIO DO SEGURO

18.1. Parcialmente Contributário, ou seja, parte pago pela SERGAS e parte descontado de cada empregado, de acordo com o permitido em lei e definido pela Companhia;

18.2. A SEGURADORA credenciada emitirá fatura diretamente para SERGAS que efetuará o pagamento e descontará de cada empregado o permitido em lei e definido pela Companhia.

19. DO QUADRO FUNCIONAL E DEPENDENTES

19.1. O quadro abaixo representa as faixas etárias do pessoal do quadro funcional da SERGAS e seus dependentes:

Faixa Etária	Titulares		Dependentes		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
0 a 18	0	0	25	25	50
19 a 23	0	0	3	3	6
24 a 28	2	1	0	1	4
29 a 33	9	2	1	9	21
34 a 38	7	4	2	11	24
39 a 43	15	5	1	9	30
44 a 48	8	1	1	3	13
49 a 53	5	1	0	4	10
54 a 58	6	1	0	5	12
Acima de 59	5	0	2	3	10
Total	57	15	35	73	180

19.1.1. O valor estimado e máximo para contratação inicial de um ano deve considerar o quantitativo de 220 (duzentas e vinte) vidas, sendo este número calculado com base no quantitativo atual de beneficiários mais os dependentes, conforme o item 19 deste documento, além do aumento previsto no quantitativo de empregados em função de novas admissões durante a vigência da apólice.

19.1.2. A SERGAS reserva-se ao direito de utilizar qualquer quantitativo dentro do limite máximo acima, de acordo com a demanda da Companhia, efetuando o pagamento da contraprestação pecuniária apenas pelo número de usuários efetivamente segurados.

20. DO REEQUILÍBRIO DE PREÇOS - REAJUSTES

20.1. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços das Seguradoras contratadas pela SERGAS poderão ser objeto de reequilíbrio econômico-financeiro, observado o interregno

mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da Seguradora, conforme abaixo:

Reajuste dos Prêmios

20.2. Reajuste Financeiro do Prêmio - Anualmente o prêmio sofrerá reajuste financeiro com base no valor da Unidade de Reembolso Médico (RM) – UNIDADE DE SERVIÇO de acordo com a apuração da variação dos custos dos serviços médico-hospitalares e dos preços dos insumos utilizados na prestação desses serviços, efetuada pela Seguradora para o novo período;

20.3. Considera-se reajuste qualquer variação positiva do prêmio de seguro, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato;

20.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta, como data base única;

20.5. Em caso de alteração da data base, os novos reajustes respeitarão a periodicidade mínima estipulada por lei e não serão aplicados antes do período mínimo legal, contados da data em que o reajuste anterior foi ou podia ter sido aplicado;

20.6. Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde em até trinta dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor;

20.7. A tabela de reembolso, constante no item 7, acompanhará o reajuste financeiro do prêmio.

20.8. Reajuste Financeiro dos Prêmios em função da sinistralidade – Em complemento ao reajuste financeiro decorrente dos custos médico-hospitalares, a cada período de 12 (doze) meses, as partes verificarão se o valor pago pela Estipulante à Seguradora está atendendo ao percentual de sinistralidade fixado e acordado nas Condições Especiais abaixo:

20.8.1. Índice Ideal de Sinistralidade Estabelecido no Contrato será de 70% (setenta por cento), apurado com base nos parâmetros e metodologia atuariais;

20.8.2. No caso de apuração de sinistralidade no período, o valor da contraprestação mensal paga pela Estipulante à Seguradora deverá ser reajustado em índice acordado entre as partes, de forma que recomponha o equilíbrio econômico financeiro atuarial do Contrato;

20.8.3. O percentual acordado será feito por meio de apostila na forma do Art. 81, inciso VI, parágrafo 7º da Lei 13.303/2016.

20.9. Reajustes por Mudança de Faixa Etária - Não será permitida a aplicação de reajustes de prêmio, na ocorrência de mudança faixa etária de quaisquer segurados ou dependentes, incluídos na apólice do seguro, durante a vigência do contrato, considerando-se que o **prêmio será calculado e fixado com aplicação da taxa média**.

21. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

21.1. Para comprovação da qualificação técnica, a Seguradora de Saúde deverá apresentar:

a) prova de registro na ANS do Seguro de Saúde, necessariamente de abrangência geográfica nacional, bem, como da segmentação assistencial oferecida nos termos do Capítulo II – Das Disposições Gerais – Seção Única – Das Coberturas Assistenciais - art. 7º

da RN nº 465/2021, mediante declaração expedida pela citada autarquia contendo a indicação do número de registro;

b) atestado(s) ou declaração(ões) de capacidade técnica, expedido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, que comprove(m) que a Seguradora tenha executado a contento serviços da área de assistência à saúde.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

22.1. Após homologação e assinatura do Contrato indicar, em até 05 (cinco) dias úteis, preposto, com a finalidade de prestar informações, esclarecimentos, tirar dúvidas junto à SERGAS e beneficiários;

22.2. Realizar a divulgação e a comercialização dos junto aos beneficiários da SERGAS;

22.3. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas Contrato;

22.4. Oferecer serviços de central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas ininterrupto para esclarecimentos que se fizerem necessários;

22.5. Disponibilizar consultor para atendimento ao gestor do contrato, inclusive feriados e finais de semana;

22.6. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;

22.7. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para sanar problemas, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários (os serviços não podem ser descontinuados);

22.8. Informar à SERGAS, na qualidade de Estipulante, sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores;

22.9. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários, de acordo com a demanda da SERGAS;

22.10. Informar, mensalmente, à Gerencia de Recursos Humanos da SERGAS as inclusões e exclusões de beneficiários titulares e dependentes;

22.11. A CONTRATADA deverá proteger os sigilos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários deverá ficar sob a responsabilidade de profissional devidamente registrado nos Conselhos Regionais, especialmente designado para este fim;

22.12. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

22.13. Comunicar, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos para estudantes que estejam cursando nível superior;

22.14. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Gerência de Recursos Humanos, no prazo de 15 (quinze) dias corridos contados da solicitação, podendo ser prorrogado a critério da

SERGAS, contendo dados sobre os percentuais de sinistralidade do grupo segurado, em determinado período, indicando os valores atribuídos a eventuais casos crônicos;

22.15. Providenciar a correção das deficiências nos serviços contratados, apontados pela SERGAS, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação, ou apresentar justificativas para impossibilidade de atendimento no prazo estipulado, informando um novo prazo, de, no máximo, mais 5 dias;

22.16. Manter, durante toda a execução do Contrato os serviços exigidos neste Termo de Referência;

22.17. Assegurar aos beneficiários os serviços, de acordo com as condições correspondentes a cada plano, conforme estabelecido neste Termo de Referência;

22.18. Fornecer aos beneficiários da SERGAS carteiras de identificação e, para o titular disponibilizando o acesso ao guia do plano, por meio eletrônico e/ou por consulta ao site da CONTRATADA, onde possam ser acessados nome, telefone e endereço dos profissionais, hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios, institutos e outras entidades da área de saúde e serviços auxiliares credenciados;

22.19. Entregar as carteiras provisórias aos beneficiários e/ou dependentes, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, e as carteiras definitivas no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados do início da prestação dos serviços, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de cadastramento na empresa, para os beneficiários cadastrados posteriormente;

22.20. Garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior operadora aos beneficiários em tratamento quando da assinatura do Contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação;

22.21. Incluir e excluir beneficiários e atualização de cadastro em sistemas informatizados para gestão do plano;

22.22. Dar carga inicial em qualquer sistema de gestão da empresa;

22.23. Enviar notas e documentos (comprovantes e certidões negativas, quais sejam) fiscais para efetivação do pagamento;

22.24. Manter os dados pessoais dos beneficiários protegidos, de acordo com a Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados) e alterações;

22.25. A CONTRATADA deve estar adequada à Lei Geral de Proteção de Dados.

23. DAS OBRIGAÇÕES DA SERGAS

23.1. Colocar à disposição da CONTRATADA informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

23.2. Comunicar à CONTRATADA credenciada, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o desligamento de empregados da SERGAS;

23.3. Permitir à CONTRATADA a divulgação dos planos juntos aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

23.4. Permitir o acesso dos profissionais da CONTRATADA às dependências da SERGAS, objetivando a divulgação dos serviços a serem prestados e o apoio necessário aos beneficiários;

23.5. Prestar as informações e os esclarecimentos que por ventura venham a ser solicitados;

23.6. Acompanhar e fiscalizar a atuação da CONTRATADA perante os beneficiários titulares garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a continuidade das prestações dos serviços;

23.7. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços da CONTRATADA pela SERGAS poderão ser objeto de reequilíbrio econômico-financeiro, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses;

24. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

24.1. A CONTRATADA será punida com o impedimento de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios e ser descredenciado do Cadastro de Fornecedores da Sergipe Gás S/A - SERGAS, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no contrato e demais cominações legais, nos seguintes casos:

- a) Apresentação de documentação falsa;
- b) Retardamento da execução do objeto;
- c) Falhar na execução do contrato;
- d) Fraudar na execução do contrato;
- e) Comportamento inidôneo;
- f) Declaração falsa;
- g) Fraude fiscal.

24.2. Após 3 (três) incidências nos itens acima elencados, no período de 3 (três) meses, a critério da administração, poderá ocorrer a não aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença e das penalidades previstas no contrato;

24.3. A CONTRATADA está sujeita, ainda, no que couber, às penalidades referidas na Lei 13.303/2016 e alterações;

24.4. Será garantido o direito à prévia e ampla defesa, sem prejuízo das responsabilidades civil e criminal, ressalvados os casos devidamente justificados e comprovados.

25. DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

25.1. O prazo de vigência do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses, contando a partir da sua publicação, podendo ser prorrogado nos termos da Lei nº 13.303/2016.

26. DA FISCALIZAÇÃO

26.1. A execução contratual será acompanhada e fiscalizada pela Gerência de Recursos Humanos da SERGAS.

27. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. A Seguradora de Saúde poderá oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista;

27.2. As divergências médicas sobre os serviços previstos neste Termo de Referência, serão dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela SERGAS e um terceiro escolhido pelos dois nomeados, tendo como limite máximo para constituição desta junta será de 5 (cinco) dias corridos a contar da notificação da empresa pela SERGAS;

27.3. Caso não haja acordo na escolha do terceiro membro (médico), a sua designação será solicitada pela SERGAS ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe;

27.4. Cada Seguradora de Saúde deverá nomear formalmente o(a) representante (pessoa física ou jurídica) indicado para administrar o seguro objeto deste edital, sem qualquer ônus para a SERGAS, delegando ao mesmo poder decisório para dirimir quaisquer questões referentes ao objeto do contrato junto à SERGAS;

Aracaju/SE, 13 de agosto de 2021.