

TERMO DE REFERÊNCIA

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR MEIO DE PLANO DE SAÚDE A SER CONTRATADO PELOS EMPREGADOS DA COMPANHIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES COLETIVOS – CMTC Rio (“MOBI-Rio”)

1. OBJETO

Seleção e credenciamento, mediante celebração de Termo de Credenciamento, de pessoas jurídicas operadoras de plano de assistência médico-hospitalar para empregados e dependentes, abrangendo, consultas, exames, atendimento ambulatorial, emergencial, internação clínica e cirúrgica e demais, em conformidade com as coberturas mínimas descritas pela regulamentação da ANS e garantidas pela Lei Federal n.9.656/98 e suas alterações.

1.1. A partir de agora serão identificados para efeito deste termo:

1.1.1. **Beneficiários:** - usuários do serviço - os titulares, empregados de empresa pública, para fins de inclusão no **PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR** e seus respectivos dependentes, que se tornarão beneficiários vinculados ao titular, a saber: o Cônjuge, companheira(o) desde que comprovada o reconhecimento da união estável, na forma da legislação vigente, ascendentes e descendentes.

1.2. A prestação de serviços objeto do presente Termo de Referência dar-se-á pelo credenciamento das operadoras através de processo de seleção e, posteriormente, pela livre escolha do beneficiário, por um dos planos ofertados pelas operadoras credenciadas, se aperfeiçoando com a contratação da empresa habilitada a partir desta opção.

2. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

As empresas públicas municipais, em regra, disponibilizam planos de saúde a seus funcionários de modo a possibilitar os cuidados com a saúde destes e de seus dependentes, sendo certo que o PLANO DE SAÚDE em questão deverá ser pago pela MOBI-Rio e descontado diretamente dos pagamentos do funcionário, que o custearão integralmente, na mesma forma que a empresa que presta os serviços públicos de transporte no sistema BRT atualmente.

Uma vez que deverão ser ofertados planos de saúde para adesão pelos funcionários, faz-se necessário realizar o credenciamento de interessados na disponibilização de tais planos para que a gama de opções seja a maior possível, assim como a concorrência para que sejam apresentados os menores e mais

atrativos preços. A natureza do serviço a ser prestado e a necessidade de se estabelecer o confronto entre os interessados, no mesmo nível de igualdade, e com algum grau de flexibilidade na escolha pelos beneficiários, indica que determinada necessidade da MOBI-Rio possa ser mais bem atendida mediante a contratação do maior número possível de operadoras, hipótese em que a Administração procederá ao credenciamento dos interessados que atendam às condições estabelecidas no presente Termo de Referência e no edital.

No caso em questão, como se trata de um contrato de adesão pelos beneficiários em que as condições são uniformes para os credenciados, sendo certo que os planos são custeados pelos próprios beneficiários, fica assegurada a isonomia, mais ainda porque qualquer operadora participante que possua a solução pretendida e atenda aos requisitos deste termo e do edital poderá se habilitar a prestar o serviço.

3. QUANTITATIVO ESTIMADO DE EMPREGADOS E DEPENDENTES

O universo estimado a ser atendido é entre 60 (sessenta) e 1800 (mil e oitocentos) funcionários, a depender da adesão por estes, sendo prevista a inclusão de novos funcionários admitidos durante a vigência do contrato e a exclusão de outros que sejam desligados no decorrer da contratação e de seus dependentes. Abaixo seguem quadros com a simulações de cenário máximo de adesões pelos empregados, uma vez que esta adesão será opcional:

Potenciais titulares:

Idade	Feminino	Masculino	Total
Até 18	1	0	1
19 a 23	39	32	71
24 a 28	48	127	175
29 a 33	51	152	203
34 a 38	79	189	268
39 a 43	85	242	327
44 a 48	62	218	280
49 a 53	54	159	213
54 a 58	29	123	152
59 ou mais	18	57	75
TOTAL	466	1299	1765

Potenciais dependentes:

Idade	Feminino	Masculino	Total
0-18	274	274	548
19-23	30	55	85
24-28	29	6	35
29-33	62	10	72
34-38	37	8	45
39-43	41	8	49
44-48	28	6	34
49-53	19	8	27
54-58	15	3	18
59 ou mais	1734	1720	3454
Total	2269	2098	4367

4. PRAZO DE VIGÊNCIA:

O prazo de vigência será de 12 (doze meses) contados a partir da data de adesão pelos Empregados da Companhia, o que somente se dará após a assinatura dos contratos, podendo ser prorrogado nos termos da legislação em vigor.

5. DA COBERTURA

5.1. As prestadoras do serviço poderão oferecer diferentes planos, a diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta do Plano Referência, que deverá oferecer cobertura assistencial, médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, a internação hospitalar das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde respeitadas as exigências mínimas listadas acima, com exceção de:

- a. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c. Inseminação artificial;
- d. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- f. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- h. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - i. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 5.2. A internação dar-se-á em quartos coletivos ou enfermarias que disponham dos requisitos mínimos de conforto, funcionalidade, segurança e higiene, previstos em legislação vigente, sem direito a acompanhante, salvo em se tratando de crianças menores de 12 anos e pacientes maiores de 60 anos.
- 5.3. Nas internações de emergência, havendo indisponibilidade de acomodações coletivas, as credenciadas se comprometem a prestar atendimento em acomodação superior, sem ônus para o usuário, até que cesse o impedimento.
- 5.4. Ao usuário titular é permitida a opção de:
- a. Inclusão de dependentes conforme item 1, devendo para tanto, haver margem consignável no seu contracheque;
 - b. A inclusão do dependente poderá ser feita em outras categorias do Plano a serem oferecidas, desde que seja a mesma do usuário titular;
 - c. Para a modalidade e acomodações de padrões superiores, o empregado deverá arcar com as diferenças de valores, descontadas mensalmente em seu pagamento, devendo para tanto, haver margem consignável.
- 5.5. Os valores relativos aos custos dos dependentes poderão variar de acordo com as suas faixas etárias e a modalidade de plano escolhida, havendo o desconto correspondente no pagamento mensal do empregado beneficiário, desde que dentro da margem consignável do titular.
- 5.6. Atendimento em todo Município do Rio de Janeiro, Municípios do Grande Rio e áreas limítrofes, ressalvados os atendimentos de urgência e emergência em território estadual.
- 5.7. Atendimentos de urgência e emergência fora do estado, em todas as capitais do país.

6. PLANO REFERÊNCIA

6.1. O **PLANO REFERÊNCIA** é composto de:

- a. Serviços de Cirurgia Plástica reconstrutiva de mamas, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- b. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- c. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais

- procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- d. Cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - e. Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
 - f. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
 - g. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - h. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
 - i. Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, ou idosos acima de 60 anos;
 - j. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seus dependentes, durante os primeiros trinta dias após o parto;
 - k. Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seus dependentes, isento do cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo **de 30 (trinta)** dias do nascimento ou da adoção;
 - l. Inscrição de filho adotivo menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante;
 - m. Reembolso nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados para os respectivos serviços, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada;
 - n. O **PLANO REFERÊNCIA** deverá respeitar a cobertura mínima prevista pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS, contemplando todas as suas atualizações, e em hipótese alguma poderá negar atendimento, procedimento ou qualquer outro serviço previsto, mesmo quando este não estiver expressamente descrito neste termo de referência.
- 6.2. Os credenciados não poderão impedir qualquer beneficiário de participar do plano.
- 6.3. É vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do beneficiário.

- 6.4. Aplica-se aos credenciados na execução do serviço objeto do presente termo as Resoluções Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Complementar e as disposições da legislação federal pertinente ao tema.

7. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

- 7.1. A prestação de serviços objeto do presente Termo de Referência dar-se-á pela seleção de operadoras que ofertarão obrigatoriamente o **PLANO REFERÊNCIA**, com pagamento sob a responsabilidade da CONTRATANTE, porém, com custeio mediante desconto integral em folha de pagamento, e, facultativamente, outros planos superiores, para opção dos beneficiários, arcando estes com a eventual diferença.
- 7.2. Através de formulário próprio, o beneficiário terá livre escolha entre as operadoras credenciadas, estando os dependentes vinculados a ele atrelados a essa escolha, não podendo ser diferente o plano do titular de seus dependentes.
- 7.3. O formulário será assinado em 3 (três) vias, sendo uma retida pelo beneficiário, uma pela contratante e a outra pela Operadora, cabendo à operadora o ônus e a responsabilidade pela reprodução do formulário.
- 7.4. Para os empregados beneficiários, inclusive para os seus dependentes, a nova adesão dar-se-á sem o cumprimento de carências, se realizada em até 60 (sessenta) dias corridos a partir da assinatura do contrato.
- 7.4.1. As adesões previstas no item 6.4 terão o início da assistência a partir do primeiro dia da vigência do contrato firmado com cada operadora credenciada.
- 7.4.2. Será permitido aos beneficiários titulares demitidos sem justa causa e que se aposentarem, durante a vigência do contrato, o direito de manter sua condição de beneficiário, desde que o custeio integral deste plano seja suportado exclusivamente pelo ex-empregado e sejam observados os demais requisitos previstos na Lei Federal nº 9.656 de 03/06/1998 (artigos 30 e 31), e regulamentos existentes.
- 7.4.3. Os empregados que retornarem de licença sem vencimento - suspensão de contrato de trabalho, terão o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos a contar da data de formalização do seu retorno no emprego público, para adesão sem carência a um dos planos da operadora escolhida.
- 7.4.4. Os novos empregados terão o prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de formalização do contrato de trabalho, para adesão sem carência, a um dos planos das operadoras.

- 7.5. Os credenciados poderão oferecer diferentes planos, entretanto deverão observar a obrigatoriedade da oferta do PLANO REFERÊNCIA, conforme o item 7 e seus subitens deste Termo de Referência.
- 7.5.1. As operadoras poderão oferecer vantagens adicionais ao PLANO REFERÊNCIA, como fator diferenciador de sua proposta, sem alteração de seu valor base.
- 7.5.2. As operadoras deverão oferecer aos dependentes vinculados ao empregado beneficiário plano igual ou superior ao oferecido ao respectivo empregado, e o valor cobrado para a primeira faixa etária não poderá exceder ao previsto na primeira faixa etária da tabela de valores, sendo que os valores das demais faixas deverão observar as regras de variação previstas nas regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- 7.6. Sempre que ocorra qualquer tipo de variação na faixa etária do empregado e de seus dependentes, a Operadora responsável enviará ao empregado e à contratante, notificação sobre tal fato, com a antecedência de 90 (noventa) dias úteis.
- 7.7. As operadoras credenciadas poderão oferecer outros planos, além do PLANO REFERÊNCIA, com valores diferenciados cujo pagamento também será integralmente custeado pelo beneficiário mediante desconto no próprio contracheque, desde que haja margem consignável suficiente.
- 7.8. As operadoras credenciadas encaminharão à CONTRATANTE relatório mensal contendo informações sobre números de reclamações por:
- a. Especialidade;
 - b. Região de credenciamento;
 - c. Estabelecimento credenciado.
- 7.9. As operadoras credenciadas deverão disponibilizar, na Internet, aos beneficiários, informações sobre as condições de utilização dos serviços para cada plano ofertado, tais como:
- a. Acessibilidade às especialidades médicas;
 - b. Possibilidade de reembolso por atendimento em localidades onde não haja credenciamento;
 - c. Necessidade de perícia para autorização de exames médicos e cirurgias; fornecimento de próteses importadas.
- 7.10. As operadoras credenciadas se obrigam a disponibilizar imediatamente ao início do contrato, uma central de atendimento telefônico, com ligações gratuitas (0800) e/ou disponibilização de um número fixo de linha convencional, em regime de plantão 24 horas (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana, para atendimento de demandas gerais do beneficiário.

- 7.10.1. Os contatos deverão ser amplamente divulgados em até 10 (dez) dias corridos antes do início da prestação dos serviços.
- 7.11. O beneficiário do serviço, quando atendido na Rede Pública de Saúde, ensejará o ressarcimento pela operadora de acordo com a tabela do SUS, nos termos da legislação pertinente.
- 7.12. As operadoras credenciadas encaminharão à CONTRATANTE, relatório mensal de todas as inclusões e exclusões ocorridas na rede credenciada todo mês e as respectivas substituições, devendo encaminhar aos beneficiários do plano as atualizações da rede.
- 7.13. As operadoras credenciadas fornecerão aos beneficiários titulares extrato anual com os pagamentos realizados pelos mesmos com relação aos custos realizados com seus dependentes e as complementações ao plano de referência contratadas, discriminadas.
- 7.14. Na inclusão do plano, os efeitos assistenciais deverão ser produzidos imediatamente a data do contrato com a operadora credenciada escolhida pelo beneficiário.

8. PRAZOS DE CARÊNCIA

- 8.1. Os direitos adquiridos após o cumprimento do prazo de carência terão sua continuidade assegurada.

I - A partir da zero hora da data de adesão - Casos de acidentes pessoais ocorridos a partir da data de adesão terão cobertura imediata;

II - A partir de 15 (quinze) dias da data de adesão - Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (pote anestésico zero) e serviços auxiliares de diagnose e terapia;

III - A partir de 300 (trezentos) dias para parto a termo, conforme texto da Lei Federal n. 9.656/98 e suas alterações;

IV - A partir de 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos, conforme texto da Lei Federal n. 9.656/98 e suas alterações.

- 8.2. Serão dispensados do período de carência:

- I. Os usuários titulares;
- II. Os usuários dependentes que aderirem ao PLANO nos primeiros 60 (sessenta) dias de vigência do contrato, podendo o prazo ser prorrogado pela licitante vencedora;
- III. Os recém-nascidos que aderirem ao PLANO, na qualidade de usuários dependentes, nos 30 (trinta) dias após o nascimento;

- IV. Os usuários dependentes cadastrados no prazo de até 30 (trinta) dias a partir da data de admissão do usuário titular ou do evento que caracterize a condição de dependência (nascimento, casamento).
- 8.3. Os beneficiários previstos no item 1.1.1 poderão solicitar inclusão, exclusão do plano ou trocar o tipo de plano, no período anual a ser estipulado pela MOBI-Rio, sendo dispensados do período de carência.

9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

- 9.1. Realizar os pagamentos na forma e condições previstas.
- 9.2. Realizar a fiscalização do objeto deste Termo de Referência.
- 9.3. Responsabilizar-se pela forma de custeio do plano de saúde (Plano Referência) dos seus empregados.
- 9.4. Encaminhar, por meio de seu Departamento de Pessoal, mensalmente, às operadoras credenciadas, através de ofício ou por correio eletrônico (e-mail), até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, as inclusões e exclusões ocorridas no respectivo mês.
- 9.5. Designar responsáveis para interlocução com as operadoras credenciadas.
- 9.6. Realizar, anualmente, o credenciamento de beneficiários. Neste período será possível efetuar a alteração de categoria de plano (superior ou inferior), exclusão e inclusão, sem carência, para os beneficiários previstos no item 1.1.1 deste Termo de Referência.

10. DAS OBRIGAÇÕES DAS CREDENCIADAS

São obrigações da **CONTRATADA**:

- 10.1. Realizar os serviços de acordo com todas as exigências contidas no Termo de Referência e na proposta.
- 10.2. Tomar as medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução dos serviços.
- 10.3. Responsabilizar-se integralmente pelo ressarcimento de quaisquer danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar à CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes da execução do objeto desta contratação, respondendo por si, seus empregados, prepostos e sucessores, independentemente das medidas preventivas adotadas e da comprovação de sua culpa ou dolo na execução do contrato.

10.4. Atender às determinações e exigências formuladas pela CONTRATANTE.

10.5. Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, efeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados, no prazo determinado pela Fiscalização.

10.6. Responsabilizar-se, na forma do Termo de Credenciamento, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão de obra necessária à completa execução dos serviços:

a. em caso de ajuizamento de ações trabalhistas contra a CONTRATADA, decorrentes da execução do presente Contrato, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro ou da CONTRATANTE como responsável subsidiário ou solidário, a CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

b. no caso da existência de débitos tributários ou previdenciários, decorrentes da execução do presente Contrato, que possam ensejar responsabilidade subsidiária ou solidária da CONTRATANTE, as parcelas vincendas poderão ser retidas até o montante dos valores cobrados, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência;

c. as retenções previstas nas alíneas "a" e "b" poderão ser realizadas tão logo tenha ciência o Município do Rio de Janeiro ou a CONTRATANTE da existência de ação trabalhista ou de débitos tributários e previdenciários e serão destinadas ao pagamento das respectivas obrigações caso o Município do Rio de Janeiro ou entidade da Administração Pública indireta sejam compelidos a tanto, administrativa ou judicialmente, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA;

d. eventuais retenções previstas nas alíneas "a" e "b" somente serão liberadas pela CONTRATANTE se houver justa causa devidamente fundamentada.

10.7. Manter as condições de habilitação e qualificação exigidas para a contratação durante todo prazo de execução contratual.

- 10.8. Responsabilizar-se, na forma do Contrato, pela qualidade dos serviços executados e dos materiais empregados, em conformidade com as especificações do Termo de Referência, com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, e demais normas técnicas pertinentes, a ser atestada pelos responsáveis pela fiscalização da execução do contrato, assim como pelo refazimento do serviço e a substituição dos materiais recusados, sem ônus para o(a) CONTRATANTE e sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis.
- 10.9. Responsabilizar-se inteira e exclusivamente pelo uso regular de marcas, patentes, registros, processos e licenças relativas à execução desta contratação, eximindo a CONTRATANTE das consequências de qualquer utilização indevida.
- 10.10. Indicar, nas notas fiscais emitidas, quando o objeto envolver prestação de serviços, o efetivo período do mês que está sendo faturado.
- 10.11. Efetuar as exclusões solicitadas pela Contratante no prazo de até 03 (três) dias úteis, garantindo a cobertura do seguro até a finalização do mês da exclusão, com efeito financeiro na fatura do mês subsequente.
- 10.12. Acusar o recebimento das informações encaminhadas por e-mail em até 01 (um) dia útil.
- 10.13. Disponer, à época da assinatura do contrato, de canais de comunicação aos gestores da Contratante por meio de telefone, aplicativo de mensagens instantâneas, internet e atendimento personalizado através de um escritório/representante situado na cidade do Rio de Janeiro, respondendo a qualquer requerimento em até 3 (três) dias úteis a contar da data da solicitação.
- 10.14. Realizar, anualmente, em período definido pela Contratante, o credenciamento de beneficiários previstos no item 1.1.1 deste Termo de Referência. Neste período será possível ao beneficiário efetuar a alteração de categoria de plano (superior ou inferior), exclusão e inclusão, sem carência.

11. DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 11.1. O serviço deverá ser prestado dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste termo de referência.

12. DA PROPOSTA DE PREÇOS

- 12.1. Uma vez que o plano de saúde será de livre escolha pelos beneficiários, a pretensa credenciada deverá apresentar proposta de preços de acordo com as especificações deste Termo de Referência de modo a apresentar planos atrativos

aos beneficiários que, repise-se, escolherão o plano ao qual se vincularão, conforme a própria conveniência e critérios pessoais.

- 12.2. Os preços propostos deverão estar de acordo com os praticados no mercado e neles deverão estar inclusos todos os impostos, taxas, fretes, material, mão de obra, instalações e quaisquer outras despesas necessárias e não especificadas neste Termo de Referência, mas julgadas essenciais ao cumprimento do objeto desta contratação.