



TERMO DE REFERÊNCIA

APROVO o competente Termo de Referência e autorizo a abertura de Procedimento Licitatório nos termos da Lei nº 10.520/2002.

Em ___ / ___ / ___

Edival Cabral Tork
Diretor Presidente da CDSA

1. DO OBJETO

O objeto deste Termo de Referência é a contratação de prestadora de serviços de forma continuada, de plano ou seguro privado de assistência à saúde para os empregados da Companhia Docas de Santana – CDSA e seus dependentes, sem carência em todo o território nacional compreendendo assistência médico-hospitalar e ambulatorial, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas, inclusive aquelas de maior complexidade, incluindo internações em unidade de terapia intensiva e utilização de leitos especiais, que farão jus a diárias hospitalares em nível de apartamento padrão (quarto individual com banheiro).

2. DOS SERVIÇOS COBERTOS

A empresa CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos os serviços descritos no item anterior, compreendendo todo o rol de procedimentos e eventos em saúde para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, constantes na Resolução Normativa nº 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como aqueles acrescentados por legislação posterior, os quais serão prestados nos consultórios médicos credenciados, em hospitais, ambulatórios e laboratórios, dentro da rede credenciada e/ou própria da **CONTRATADA**, nas especialidades médicas a seguir relacionadas e demais classificadas pela Organização Mundial da Saúde:

2.1 ESPECIALIDADES MÉDICAS

2.1.1 Alergologia e imunologia; anestesiologia; angiologia; broncoesofagologia; cardiologia; cardiologia pediátrica; cirurgia de cabeça e pescoço; cirurgia buco-maxilo-facial; cirurgia cardiovascular; cirurgia geral (incluindo cirurgia torácica, proctológica, etc.); cirurgia pediátrica; cirurgia plástica reparadora (incluindo mamoplastia); cirurgia vascular periférica; clínica médica; dermatologia; endocrinologia e metabologia; fisioterapia; gastroenterologia; geriatria/gerontologia; ginecologia e obstetrícia; hematologia; infectologia; medicina intensiva; homeopatia (ambulatorial); mastologia; nefrologia; neurologia (inclusive pediátrica); neurocirurgia; nutrologia; oftalmologia; oncologia;



ortopedia e traumatologia; cirurgia ortopédica; otorrinolaringologia; pediatria; pneumologia; proctologia; psiquiatria; radiologia intervencionista; reumatologia; urologia.

2.1.2. A especialidades médicas mencionadas no item anterior possuem caráter meramente exemplificativo, não se constituindo em rol taxativo, não se deve restringir a prestação dos serviços exclusivamente às especialidades elencadas, podendo outras especialidades médicas ser incluídas conforme a necessidade e interesse do Contratante, bem como em decorrência de alterações na legislação vigente ou normativas que venham a impactar no objeto contratual.

2.1.3. Na hipótese de o rol de procedimentos e eventos em saúde vier a ser disciplinado por nova resolução, seja da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outros órgãos competentes, ficam asseguradas todas as coberturas previstas no item 2.1.1, acrescidas de eventuais modificações que vierem a ocorrer.

2.2. DA COBERTURA AMBULATORIAL

2.2.1 O plano privado de assistência médica à saúde contratado deverá assegurar aos beneficiários a cobertura dos serviços e materiais arrolados, dentro das especialidades médicas supracitadas;

2.2.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela licitante vencedora, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, asseguradas as seguintes coberturas:

- a) Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico mesmo quando realizado sem ambiente hospitalar;
- c) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada;
- d) Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix;
- e) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;



- f) Cobertura nos tratamentos de transtornos psiquiátricos, observando a Resolução CONSU nº 11 de 04/11/98, alterada pela Resolução CONSU nº 15 de 29/03/99 e atual Resolução Normativa nº 465/2021 - ANS, sendo:

O atendimento às emergências, em situação que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o associado ou para terceiros (incluídas as ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

A psicoterapia de crise, entendida 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 limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;

O tratamento básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado assistentes.

- g) Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- 1) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua);
- 2) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- 3) procedimentos de radioterapia listados no Anexo I do rol de procedimentos e eventos em saúde;
- 4) hemoterapia ambulatorial;
- 5) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

h) medicamentos e materiais cirúrgicos utilizados no transcorrer do atendimento ambulatorial;

- i) sessões de fisioterapia a critério do médico assistente, sem limite de quantidade.

2.3 DA COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR

2.3.1– A cobertura médico-hospitalar compreende todas as modalidades de internação hospitalar, inclusive a psiquiátrica ou cirúrgica, dentro dos recursos próprios ou contratados pela licitante vencedora, englobando os seguintes serviços e materiais médico-hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela ANS e, considerando que, no momento da elaboração deste instrumento, o Hospital São Camilo e São Luís é o único hospital particular em operação no estado, o atendimento hospitalar dos beneficiários será preferencialmente realizado nessa unidade hospitalar. Na hipótese



de ingresso de novos hospitais particulares no mercado local durante a vigência contratual, caberá ao Contratado providenciar, sempre que viável e ao interesse do Contratante, o atendimento nesses novos estabelecimentos, observando-se os critérios de qualidade, capacidade técnica, localização geográfica e economicidade.

- a) Internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante permanente independente do estado de saúde do paciente, de acordo com a disponibilidade do hospital, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico, sujeito a auditoria médica local pela licitante vencedora.
- b) Exames complementares especializados para diagnóstico e controle da evolução da doença e do tratamento realizado durante o período de internação hospitalar, desde que acompanhado de justificativa do médico, exceto os não cobertos por este contrato;
- c) Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, não tendo cobertura aqueles exames complementares não previstos na Lei nº 9.656/98 e no rol de procedimentos e eventos em saúde e ditado pela ANS;
- d) Assistência médica através de médicos assistentes;
- e) Taxas de qualquer natureza, incluindo material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessário, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- f) Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- g) Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- h) Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico, sem limitação de prazo;
- i) Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento, desde que descrita pelo médico;
- j) Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, maiores que 60 (sessenta) anos e pessoas com deficiência, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;



k) Despesas com remoção inter-hospitalar do associado, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto.

l) Cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas a seguir:

1) Quando se referir o processo gestacional, em urgências e emergências, serão garantidos nas mesmas condições previstas para cobertura ambulatorial;

2) A urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições.

m) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, ou cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer ou, ainda, a mamoplastia para hipertrofia mamária que venha repercutir sobre a coluna vertebral e cause problema funcional, desde que esta seja justificada pelo médico e avaliado pela auditoria médica da licitante vencedora;

n) Cirurgias buço-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

o) Transplantes de córnea, rim e autólogos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- 1) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- 2) Medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- 3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- 4) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

Parágrafo Único – O beneficiário candidato a transplante de rim e córnea provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDO, e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

p) Cobertura, dos seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação:

1) Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatorial



Contínua);

- 2) Quimioterapia oncológica;
- 3) Radioterapia, incluindo radio moldagem, radio implantes e braquiterapia;
- 4) Hemoterapia;
- 5) Nutrição parenteral ou enteral;
- 6) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7) Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9) Remoções em urgências ou emergências;
- 10) Fisioterapia;
- 11) Eletrococleografia.

q) Tratamento e/ou internações de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral.

r) Tratamentos e/ou internações em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

s) Garantia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item anterior, até 8 (oito) semanas anuais de tratamento em Hospital-Dia. Para os diagnósticos F10, F14, F20 a F29, F30 e F31 e F84 descritos na CID –10, relacionados no Anexo II do rol de procedimentos e eventos em saúde a cobertura será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

t) As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em associados portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

u) Atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, em hospital geral incluído os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

v) Doenças crônicas preexistentes de acordo com a legislação;

x) Fonoaudiologia e foniatria para paciente em UTI neonatal e pacientes traqueostomizados, em casos indicados pelo médico assistente;

2.3.2 A cobertura hospitalar contratada não inclui as despesas com alimentação do acompanhante, a não ser na hipótese da letra "j", do item 2.3.1.



2.3.3 A internação para tratamento de transtornos mentais a que se refere às letras “q” e “r” do item 2.3.1, será feita em quarto privativo com 2 (dois) leitos.

2.4 – DA COBERTURA DE OBSTETRÍCIA

2.4.1- A cobertura obstétrica compreende todos os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, com cobertura para:

2.4.1.1 – A mãe ou adotante estão cobertas com as despesas de honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao tratamento de seu filho natural ou adotivo do beneficiário titular, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, isento do cumprimento de carência já cumprido pelo titular. Decorrido esse prazo a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde.

2.4.1.2 – Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, compreendido o prazo de 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

2.5 – SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (sem limite de utilização)

O plano privado de assistência médica à saúde assegurará aos beneficiários todos os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, sem limite de utilização, descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contidos nos Anexos da Resolução Normativa nº 465/2021, bem como, aqueles acrescentados por legislação posterior.

3. DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

3.1. No plano privado de assistência à saúde oferecida pela operadora ou CONTRATADA, para a utilização dos serviços descritos neste Termo de Referência, os beneficiários terão acesso a toda sua **rede credenciada e/ou própria a nível nacional.**

3.2. Na hipótese de internações, os beneficiários terão direito a **utilização de apartamento padrão (quarto individual com banheiro privativo).** Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

3.3. Quando da utilização da rede credenciada e/ou própria, os beneficiários serão atendidos mediante a apresentação da carteira de identificação a ser fornecida gratuitamente pela CONTRATADA a cada um dos funcionários e dependentes.

3.4. A CONTRATADA deverá fornecer em até 05 (cinco) dias úteis, após assinatura do



contrato, a cada um dos beneficiários titulares, um “Guia de Serviços” impresso ou virtual atualizado, contendo a relação de toda a sua rede credenciada e/ou própria.

3.5 Para utilizarem os serviços acobertados pelo plano privado de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência, os beneficiários poderão se dirigir diretamente à rede credenciada e/ou própria da CONTRATADA, apresentando a carteira de identificação por ela fornecida e documento de identidade ou outro equivalente, sem necessidade de guia previamente autorizada, salvo nos casos de internação eletiva e de exames especiais, assim considerados aqueles de maior complexidade técnica e custo elevado, a serem indicados pela operadora na sua proposta comercial, em lista por ordem alfabética.

3.5.1 Atendimento em hospitais para consultas e exames eletivos, em Macapá e Santana, deverá ser realizado, no mínimo, em 01 (um) hospital geral de natureza multidisciplinar, que deverá dispor de, no mínimo, 60 (sessenta) leitos, sendo este total, o somatório dos leitos disponíveis para internações em quarto privativo, não sendo considerados aqueles destinados às UTI'S neonatal e adulto, que tenham em sua infra-estrutura:

- a) Ambulatório nas especialidades de Clínica Geral, Pediatria, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Ortopedia;
- b) Radiologia;
- c) UTI;
- d) Pronto socorro com profissionais nas especialidades de, no mínimo: Clínica Geral, Pediátrica, Cardiologia, Ginecológica e Obstétrica e Ortopedia;
- e) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

3.5.2 O atendimento laboratorial, em Macapá e Santana, deverá ser realizado no mínimo em 06 (seis) laboratórios que participem dos Programas de Excelência para Laboratórios Médicos - PELM e/ou Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ e/ou Programa Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC, devidamente comprovado mediante a apresentação do certificado emitido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - SPBC;

3.5.3 Caso a empresa CONTRATADA também adote procedimentos mais simplificados de autorização para as internações, será assegurada a preferência por sua implementação no contrato a ser pactuado com a CDSA.

3.6 A CONTRATADA deverá oferecer serviço de atendimento médico-domiciliar de urgência/emergência.

4. DO REEMBOLSO

4.1. A operadora de planos de assistência à saúde coletiva deverá realizar o reembolso quando os beneficiários utilizarem os serviços assistenciais à saúde executados por entidades e profissionais autônomos não referenciados ou quando o atendimento não ocorrer pela sua rede, ou ainda quando houver algum motivo excepcional que impeça a



sua rede credenciada ou própria prestar o atendimento contratado.

4.1.1. O reembolso será pago no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis contados a partir da protocolização do pedido acompanhado de todos os documentos necessários junto à operadora, sendo o pagamento efetuado através de crédito em conta corrente do beneficiário.

4.1.2. Os valores praticados a título de reembolso não poderão ser inferiores a R\$ 77,00 (setenta e sete reais).

4.1.3. No caso de material ou medicamento não constante do Guia Brasíndice (guia de preços de produtos médicos, matérias e medicamentos), deverão ser reembolsados os valores constantes na nota fiscal ou recibo de pagamento apresentado pelo beneficiário.

4.2. Documentação necessária para o reembolso:

- a) Recibos ou notas fiscais originais quitadas de cada prestador envolvido no atendimento, com discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo relatório médico, quando solicitado;
- b) Os recibos de honorários médicos deverão ser individualizados ou discriminados por prestador, contendo os respectivos números de inscrição no Conselho Regional de Medicina, CPF para pessoas físicas e CNPJ para pessoas jurídicas;
- c) Anexar ao pedido de reembolso, cópia do resultado do anátomo-patológico em caso de retirada cirúrgica de lesões ou órgãos.

5. DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. Serão aceitos como beneficiários para fins do contrato a ser celebrado:

a) Titulares:

- Os empregados ativos da CDSA.

b) Dependentes:

- O cônjuge ou companheiro, na forma definida em lei;
- Os filhos, enteados e menores até 21 (vinte e um) anos, ou, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos, ou se inválido, de qualquer idade, sob tutela ou guarda do funcionário ou de seu cônjuge ou companheiro;

5.2. A CDSA encaminhará à CONTRATADA a relação dos beneficiários quando da formalização do contrato, e comunicará as eventuais inclusões e exclusões até o dia 20 de cada mês.



5.2.1. No caso de desligamento do Segurado Titular (seja por demissão do funcionário efetivo ou exoneração do comissionado) que comprovadamente contribui para a CDSA, é permitido que o titular e seus dependentes, inscritos à época da vigência do contrato, permaneçam na condição de beneficiário do plano de assistência à saúde, com as mesmas coberturas e padrão de seguro anterior a demissão ou exoneração, desde que expressem sua vontade neste sentido e que respondam pelo seu pagamento integral.

5.2.2. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item anterior será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no respectivo plano, com um mínimo de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

5.2.3 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde.

5.3. Aos beneficiários incluídos posteriormente na apólice serão asseguradas as mesmas condições e preços dos seus integrantes iniciais.

5.4. A inclusão de novos beneficiários e/ou dependentes ao longo da vigência contratual será permitida, desde que devidamente formalizada pelo Contratante, sem qualquer prejuízo às condições comerciais pactuadas, tampouco alteração de valores unitários previstos na proposta contratada.

5.5. A contratada deverá garantir a adesão dos novos beneficiários nas mesmas condições previstas para os demais já incluídos no plano, respeitadas as normas regulatórias. Atualmente a estimativa de beneficiários do contrato é de 130 (cento e trinta) vidas, distribuídas da seguinte forma:

Faixa Etária	Titulares		Dependentes	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 18 anos	0	0	22	23
19 a 23 anos	0	0	6	2
24 a 28 anos	0	1	0	0
29 a 33 anos	2	2	0	3
34 a 38 anos	4	2	0	8
39 a 43 anos	15	2	1	5
44 a 48 anos	3	3	1	3
49 a 53 anos	6	0	0	3
54 a 58 anos	1	1	0	3
Acima de 59 anos	4	0	1	3
Total	35	11	31	53
Total de Vidas	130			

6. DA CARÊNCIA



6.1. A CONTRATADA não poderá impor carência para os beneficiários e seus dependentes que façam sua inclusão ao plano contratado no prazo de 30 (trinta) dias, contados da contratação da empresa prestadora de serviços de assistência à saúde.

6.2. Os servidores ativos e seus dependentes que vierem a entrar em exercício na CONTRATANTE após o prazo a que se refere o item 6.1 disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes no PLANO OU SEGURO SAÚDE, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem dos serviços abrangidos.

6.3. Os usuários que forem cadastrados após os prazos estipulados nos itens 6.1 e 6.2 acima ficarão sujeitos ao período de carência estabelecida, a seguir descrita, salvo quanto à inclusão de filho recém nascido, filho natural e filho adotivo, desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção:

- a) 24 (vinte e quatro) horas – Atendimento de Emergência;
- b) 30 (trinta) dias – Para exames de análise clínica;
- c) 180 (cento e oitenta) dias – Para os demais casos.
- d) 300 (trezentos) dias para partos.**