

ANEXO I

ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

1 – COBERTURA:

A Proponente Vencedora dará **COBERTURA TOTAL** das despesas médico-hospitalares em caráter eletivo, internação ou emergência, sendo vedada a cobrança de qualquer valor do beneficiário do Plano de Saúde licitado, bem como a exigência de carência.

2 – BENEFICIÁRIOS:

2.1. São beneficiários do Plano de Saúde licitado, os Titulares e seus Dependentes e/ou Agregados.

2.2. São beneficiários na qualidade de Titulares, os funcionários ativos do Conselho licitante.

2.3. São beneficiários na qualidade de Dependentes, os filhos dos beneficiários Titulares, até os 18 (dezoito) anos de idade.

2.4. São beneficiários Agregados, aqueles cuja inclusão no Plano de Saúde seja requerida e custeada pelo beneficiário Titular, mediante desconto no seu salário dos valores correspondentes, desde que comprovadamente mantenha com o Titular uma das seguintes relações:

- a)** cônjuge ou companheiro(a) em união estável;
- b)** os filhos, enteados, sob a guarda ou tutela do Titular, maior de 18 (dezoito) anos e menor de 21 (vinte e um) anos e os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial, enquanto durar a invalidez;
- c)** os filhos, enteados, sob guarda, tutela do Titular, entre 21 (vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- d)** o pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependentes economicamente do servidor Titular, conforme sua declaração e que constem no assentamento funcional.

3 – DAS CARÊNCIAS:

3.1. Ficam isentas de quaisquer carências os beneficiários constantes da relação atual de beneficiários, quais sejam os constantes do Anexo II do Edital de Licitação – modalidade Convite n. 004/2010.

3.2. A inscrição de novos beneficiários (recém-admitidos, recém-casados, recém-nascidos, etc) terá carência reduzida conforme se segue:

Carências	Urgências e Emergências	Consultas e Exames (Análises Clínicas)	Internações Clínicas, Cirurgias e Exames Especiais	Parto a Termo	Doenças Pré-Existentes
Reduzidas	24 horas após a inscrição	10 (dez) dias após o início da inscrição	30 (trinta) dias após o início da inscrição (*)	300 (trezentos) dias após o início da inscrição	24 (vinte e quatro) meses.

(*) Exceto para os eventos a seguir, que continuam com 180 (cento e oitenta) dias de carência: cirurgia cardíaca, neurológica, vascular e cirurgia refrativa (conforme legislação); diálise, doenças infecto contagiosas; oncologia, oxigenoterapia hiperbariátrica; próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico coberto; internação psiquiátrica; psicoterapia de crise; transplantes de rins e córneas.

3.3. Atualmente o número de vidas a serem beneficiárias com os serviços ora licitados é o constante do Anexo II, que contém igualmente a distribuição dos beneficiários por categoria (Titular, Dependente) e faixa etária.

3.4. Identificação dos beneficiários:

- a)** Os beneficiários (Titulares, Dependentes) receberão gratuitamente carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Contratada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo Plano de Saúde;
- b)** Em caso de extravio da carteira de identificação, roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados por ocorrência policial, o custo da emissão de nova carteira será assumido integralmente pelo beneficiário Titular, inclusive no caso de seus Dependentes.
- c)** A carteira de identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário quando da sua exclusão do Plano.

d) Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado no Plano e após a vigência de sua exclusão do Plano serão única e exclusivamente de responsabilidade do beneficiário.

3.5. Exclusão do beneficiário:

a) Os Titulares serão excluídos do Plano de Saúde nos casos de falecimento, demissão, aposentadoria ou quando solicitado pelo Titular.

b) Os Dependentes serão excluídos do Plano de Saúde nos caso de falecimento, quando o Titular ao qual estiver vinculado for excluído, quando não mais se enquadrar nas condições previstas para Dependentes (filhos até 18 anos) ou quando solicitado pelo Titular.

c) O Titular responderá pela sua omissão no caso de quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que ele ou seus Dependentes / Agregados permanecerem cadastrados no Plano de Saúde e após a vigência de sua exclusão do Plano, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à Contratada.

4 – DOS SERVIÇOS:

4.1. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

A cobertura deste item compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no rol de procedimentos constantes na RN 82/04 (e posteriores alterações) observadas as seguintes abrangências:

a) Cobertura de Consultas Médicas

Garante as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas, inclusive obstétricas para pré-natal.

1- como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina com o paciente não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica;

2 - Os retornos da primeira consulta para acompanhamento, avaliação de exames complementares e prescrição terapêutica não serão considerados como nova consulta e, conseqüentemente, não gerarão honorários;

3 - Não haverá limite de consultas por usuário.

b) Cobertura de exames complementares

Garante as despesas efetuadas com exames complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

c) Cobertura de procedimentos ambulatoriais

Garante as despesas efetuadas com a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação, conforme definição no rol de procedimentos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d) Cobertura de procedimentos ambulatoriais especiais

Garante as despesas efetuadas com a realização dos seguintes procedimentos ambulatoriais, considerados especiais.

- 1 - Hemodiálise e Diálise Peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia Ambulatorial;
- 3) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia etc.);
- 4- Hemoterapia Ambulatorial e
- 5 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

e) Cobertura de atendimento psiquiátrico ambulatorial

Garante o tratamento ambulatorial de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

- a) tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele que prestado por médico, com número ilimitado de consultas;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; e ,
- d) psicoterapia de crise entendendo-se como tal, o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12

semanas, tendo início imediatamente, atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 sessões por ano/usuário.

4.2. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

A cobertura deste item garante os atendimentos e despesas médicas e/ou hospitalares a seguir elencados:

a) Cobertura de internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internamentos para fins clínicos ou cirúrgicos que necessitem de ambiente hospitalar. Serão cobertas as despesas decorrentes de:

- 1- diárias de internação na acomodação prevista nas condições particulares;
- 2 - diárias de unidade de terapia intensiva - UTI - e unidade de isolamento ou similares;
- 3 - honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- 4 - exames complementares indispensáveis para o controle de evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internamento hospitalar;
- 5 - toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados; e,
- 6 - acomodação e alimentação padrão fornecida pelo hospital para um único acompanhante, desde que o paciente seja menor de 18 anos ou maior de 60 anos.

b) Cobertura de procedimentos especiais durante a internação

Garante as despesas médicas e/ou hospitalares realizadas durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- 1 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 2 - Quimioterapia;
- 3 - Radioterapia;
- 4 - Hemoterapia;
- 5 - Nutrição enteral e parenteral;
- 6 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- 7 - Embolizações e radiologia intervencionista;
- 8 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 9 - Fisioterapia;

10 - Transplantes de rins e córnea, bem como despesas com procedimentos vinculados, entendendo-se como tal, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

10.1) Despesas assistenciais com doadores vivos;

10.2) Medicamentos utilizados durante a internação;

10.3) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicação e manutenção;

10.4) Despesas com captação, transporte e preservação do órgão na FA de ressarcimento ao SUS.

Obs.: o candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá obrigatoriamente, estar inscrito em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - CNDOS e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

c) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama

Utilizando-se todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer conforme determina o art. 10-A da Lei n. 9.656/98.

d) Cobertura de internamento psiquiátrico

Garante tratamento sob regime de internamento hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª revisão (CID - 10) sendo cobertos:

1 - o custo integral até 30 dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

2- o custo integral até 15 dias de internação, por ano de contrato, 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;

3 - se os períodos de internação psiquiátrica acima descritos (15 e 30 dias) forem excedidos, a Contratante pagará a Operadora, a título de co-participação, o percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre os totais das despesas de internação do período em excesso;

4 - a cobertura em hospital-dia para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10, deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias

por ano. Cobertura para pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com direito a 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. Além desta cobertura, o usuário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

4.3. SEGMENTAÇÃO OBSTÉTRICA

Compreende toda a cobertura prevista na segmentação ambulatorial e hospitalar, dos procedimentos relativos ao pré-natal, acrescida ainda da assistência às despesas médico-hospitalares efetuadas com internamentos motivados por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

- a) Serão cobertas as despesas com assistência à saúde ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

5 – DO REEMBOLSO:

5.1. Nas localidades onde a Contratada eventualmente não tiver rede própria de atendimento, o reembolso será feito ao Titular do plano, respeitando-se os honorários de cada localidade, mediante apresentação de Nota Fiscal (com carimbo comprovando o pagamento), recibos de honorários e laudos de procedimentos (se for o caso), todos originais.

5.2. O reembolso ao Titular será efetuado pela Contratada, tendo como base mínima os valores constantes na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Brasileira (CBHPM), vigente na época do reembolso a ser pago, após apresentação dos documentos exigidos no item anterior.

5.3. Quando o valor efetivamente pago pelo Titular for menor do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor pago pelo Titular; e,

5.4. Quando o valor efetivamente pago pelo Titular for maior do constante na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Brasileira (CBHPM), prevalecerá, para fins de reembolso, o valor mínimo constante na CBHPM;

5.5 O reembolso dos usuários do Plano de Saúde será fiscalizado pela Gerência Financeira do Contratante, a quem deve a Contratada comprovar no prazo de 30 (trinta) dias o pagamento ao Titular.