



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO DA LICITAÇÃO

O presente Pregão Presencial, tipo Menor Preço Global por faixa etária tem por objeto a contratação de Pessoa Jurídica de Direito Privado que opere plano de assistência à saúde integral, com cobertura em Belém, Marabá, Santarém, e Altamira, para fins de prestação de serviços de assistência médica, mediante contratação coletiva por adesão e regime contributivo para os funcionários ativos e comissionados do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará, pelo período de 12 (doze) meses, de acordo com as especificações e obrigações descritas neste Anexo I e anexo II (Contrato) e anexo III (planilhas) que acompanham este edital.

Plano de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários ativos e comissionados, todos a preço **POR FAIXA ETÁRIA**, no total estimado de **31 (trinte e uma) vidas nesta autarquia**.

2. JUSTIFICATIVA:

2.1. Garantir ao quadro de funcionários do CRM/PA, o acesso a uma assistência médica de qualidade, à promoção da saúde, visando assegurar o bom desempenho de todos no desenvolvimento das suas tarefas laborais, contribuindo, inclusive, com a redução do absenteísmo.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. São beneficiários dos serviços objeto da presente licitação:

3.1.1. Os funcionários ativos e comissionados do CRM/PA;

3.2. Identificação dos beneficiários:

a) Os beneficiários receberão gratuitamente uma carteira de identificação personalizada, a ser fornecida pela CONTRATADA, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo plano de assistência médico hospitalar.

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 pela CONTRATADA.

c) A carteira de identificação deverá ser devolvida pelo beneficiário ao CONTRATANTE, quando houver a sua exclusão do plano.

3.3. Ocorrerá a exclusão do beneficiário nos seguintes casos:

a) Falecimento do beneficiário;

b) Quando solicitado pelo beneficiário;

c) Por demissão/exoneração do beneficiário;

d) Inadimplência da parcela que cabe ao empregado, em caso de benefício previdenciário, aposentadoria por invalidez ou outros afastamentos sem remuneração;

e) Rescisão contratual do beneficiário.

3.4. O beneficiário só poderá solicitar sua exclusão do plano se não tiver havido utilização.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

Caso seja comprovada a utilização no plano, na realização de procedimentos cirúrgicos ou de obstetrícia e partos, a sua exclusão só poderá ocorrer após 06 (seis) meses contados da realização dos referidos procedimentos.

3.5. No caso do item **3.3 alínea “c”**, os beneficiários que contribuírem para o plano de Assistência à Saúde, terão assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam o seu pagamento integral. conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

3.6. O CRM/PA proporcionará custeio parcial das mensalidades dos funcionários ativos e comissionados, conforme prevê o item 12 deste termo.

3.7. 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 de única e exclusiva responsabilidade do beneficiário, o qual deverá efetuar o ressarcimento diretamente à CONTRATADA.

3.8. DEPENDENTES E AGREGADOS - é vedada a inclusão de dependentes e agregados no contrato coletivo por adesão, salvo se o CONTRATANTE solicitar expressa e formalmente a CONTRATADA.

4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. DA REDE CREDENCIADA E/OU PRÓPRIA - Poderão participar da presente licitação as pessoas jurídicas de direito privado que operem planos privados de assistência à saúde e que devem possuir rede própria e/ou credenciada médico-hospitalar, com profissionais habilitados, conforme as exigências estabelecidas no edital e neste termo de referência para todos os serviços descritos, observados os casos de reembolso previstos neste termo.

a) REDE CREDENCIADA – A CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada de assistência médico-hospitalar na área de abrangência do CRM/PA e no território nacional, de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS, com hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários pela Licitante.

a.1) ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que a CONTRATADA deverá oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica do CRM/PA, especificamente Belém, Marabá, Santarém e Altamira, com rede credenciada e/ou própria, pelo menos 01 (um) hospital, serviços de urgência e emergência, centro de diagnóstico por imagem, serviço de atenção domiciliar, serviço transporte de paciente, atendimento ambulatorial, atendimento hospitalar, atendimento obstétrico, exames complementares e terapia, procedimentos médicos e serviços auxiliares, outras coberturas e acomodações.

4.2. A prestadora de serviço a ser contratada deverá possuir cobertura de atendimento a casos de urgência e emergência em período de 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados, em clínicas de atendimento, prontos socorros e hospitais credenciados e/ou próprios.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

5. PLANO

5.1. O CRM/PA contratará o Plano Enfermaria ou Plano Básico.

5.2. A CONTRATADA deverá oferecer planos superiores para os quais os beneficiários poderão optar, arcando com a diferença do custo.

5.3. Os casos de alteração de Plano não sofrerão carência, quando solicitados até o 2º(segundo) mês do início do contrato. Após este período, obedecerão às carências estabelecidas pela Contratada.

6. SERVIÇOS COMPREENDIDOS NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1- Os serviços contratados deverão abranger consultas marcadas, emergências, urgências e internações, contemplando todas as especialidades relacionadas pelo Conselho Federal de Medicina e Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (CONSU/MS), considerando-se sempre os atos e resoluções atualizadas e vigentes.

6.2. Qualquer outra patologia clínica classificada pela Organização Mundial da Saúde, cuja cobertura seja determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou pelo respectivo órgão fiscalizador da área médica, passará a fazer parte dos serviços de assistência médico hospitalar a serem disponibilizados pela CONTRATADA.

6.2.Coberturas gerais

a) A prestação da assistência médica na segmentação ora contratada, prevista neste instrumento assegura a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação assistencial contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização e salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA e na área de atuação do plano de saúde.

b) O Plano compreenderá os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, e observada as especificações a seguir.

6.2. Consultas e exames

6.2.2. Estão compreendidas neste plano a cobertura para:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e credenciadas pela CONTRATADA.

OBS: As consultas médicas são asseguradas em todas as especialidades médicas reconhecidas pelo CFM.

b) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

c) medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

d) consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de Utilização e Clínicas do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.

e) psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como nas Diretrizes Clínicas e de Utilização, vigente na época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.

f) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de acordo com as Diretrizes clínicas e de Utilização, vigentes na época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, na rede credenciada da CONTRATADA.

g) ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como nas Diretrizes de Utilização, vigente na época do evento, para a segmentação ambulatorial, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA;

h) atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme cláusula específica sobre o tema;

i) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar ou ambulatorial, de acordo com a cláusula específica sobre o tema;

j) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

k) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

OBS: Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

l) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
- b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- m) Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de procedimentos;
- n) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais, que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização;
- o) Hemoterapia ambulatorial; e
- p) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos editado pela ANS e de acordo com as Diretrizes de Utilização.

6.3. Internações

6.3.1 As internações de todas as modalidades serão autorizadas pela CONTRATADA sem limitação

de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, apenas nos prestadores hospitalares credenciado à CONTRATADA, independentemente de ser internação na acomodação contratada ou UTI - Unidade de Terapia Intensiva, competindo ao médico assistente definir os períodos de internação.

6.3.2 Estão compreendidas/os neste plano a cobertura para:

- a) acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pelo plano.
- b) despesas referentes a honorários médicos credenciados, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente prescrita pelo médico assistente.
- c) 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.
- d) toda e qualquer taxa, incluindo os custos dos materiais utilizados, que se fizerem devidos durante a internação hospitalar que se adequem às condições de cobertura previstas nesse contrato.
- e) consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada;
- f) remoção do paciente, conforme cláusula específica para este tema
- g) atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente.
- h) Tratando-se de BENEFICIÁRIO menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como aqueles portadores de necessidades especiais, a internação compreenderá despesas de acompanhante no hospital, salvo contra indicação justificada do médico. As despesas relativas ao acompanhante incluem acomodação e alimentação.
OBS: A acomodação e alimentação seguirão os padrões de hotelaria do prestador para acompanhantes.
- i) procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Para fins de entendimento, esclarece-se que são definidos como adjuvantes, medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
 - c) medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme diretrizes de utilização e relacionados aos procedimentos elencados no Rol de Procedimentos da ANS, vigente à época do evento, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - 1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - 2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

- 3) todos os procedimentos de radioterapia descritos no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
- 4) hemoterapia;
- 5) nutrição parenteral ou enteral;
- 6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol de procedimentos vigente à época do evento;
- 7) embolizações listadas no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento;
- 8) radiologia intervencionista;
- 9) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- 10) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol de procedimentos editado pela ANS;
- 11) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no anexo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

6.4. Psiquiatria

6.4.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

6.4.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

6.4.3. Todos os procedimentos serão cobertos unicamente nos estabelecimentos referenciados para o plano.

a) É garantido o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio beneficiário ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

b) Este plano abrange o tratamento básico prestado por médico credenciado, envolvendo consultas ilimitadas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

c) São garantidos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfringidas, em rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

d) É garantido o custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela CONTRATADA para este plano.

OBS: Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada co-participação por dia de internação. A Coparticipação será de 30% do valor da internação, contratado entre o PLANOS DE SAÚDE e o prestador.

e) É garantida a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização, nos casos de:

- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
- b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
- c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
- d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

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

6.5. Transplantes

São cobertos os transplantes previstos no rol de procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização, quando aplicáveis, e dos procedimentos a eles vinculados incluindo:

- a) despesas de assistência médica com os doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

I) Os procedimentos de transplantes estão submetidos à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto 2268, de 30 de junho de 1997, à Portaria 3407, de 05 de agosto de 1998 que não for conflitante com o regime de contratação, prestação de serviços de que trata a Lei nº 9.656/98.

II) Os candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos-CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

III) A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

IV) É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos -





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada; e, providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o BENEFICIÁRIO receptor.

6.6. Órteses, Próteses e Materiais Especiais

6.6.1 São cobertas órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no rol de procedimentos,

salvo as arroladas na cláusula de exclusão.

a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME – necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de procedimentos;

b) O profissional requisitante, quando solicitado pela CONTRATADA, deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

c) É VEDADO AO MÉDICO EXIGIR DETERMINADA MARCA OU FORNECEDOR DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.

d) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CONTRATADA, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, em junta médica ou odontológica, de acordo com a RN nº 424/2017.

e) O BENEFICIÁRIO, ao receber prótese ou órtese para determinada cirurgia, comprometer-se-á a seguir as orientações do médico assistente quanto ao seu bom uso, para propiciar duração por toda vida útil do material. Havendo mau ou inadequado uso da prótese, de forma intencional, configurado por junta médica composta por médicos indicados pelo CONTRATANTE e pela CONTRATADA, a CONTRATADA se eximirá do fornecimento de mesma prótese, para mesmo fim.

f) Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

g) Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

6.7. Outras Garantias

a) São cobertos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no rol de procedimentos para a segmentação hospitalar, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação de exames complementares pelo cirurgião dentista assistente, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

b) É garantida a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, exclusivamente na rede credenciada da CONTRATADA.

OBS: O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

c) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

d) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura deste contrato.

e) A cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções é garantida, conforme o rol editado pela ANS, vigente na data do evento, excetuada a de fim estético.

f) Cabe à CONTRATADA, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

g) É assegurada a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

h) O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

i) Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS, na forma das Diretrizes de utilização e Clínicas, bem como no PROUT serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente.

j) Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

k) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.

l) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas serão assegurados quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

m) É assegurado ao beneficiário deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com o Anexo IV da Resolução Normativa nº 428/2017.

OBS: Havendo necessidade de utilização de quaisquer desses materiais, o CONTRATANTE deverá primeiramente se informar qual é a política de fornecimento adotada pela CONTRATADA, bem como os procedimentos a serem tomados para adquiri-los.

6.8. Obstetrícia

6.8.1 A beneficiária titular ou dependente terá direito às seguintes coberturas de assistência obstétrica:

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- c) Será assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, desde que cumpridas as carências pelo pai ou mãe;
- d) O parto normal poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme disposto no art. 5º da RN 428/2017.

6.9. Importante – Rol de Procedimentos

6.9.1. Os itens inseridos nesta cláusula "cobertura" são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

QUANDO DA EDIÇÃO DE NOVOS RÓIS, PELA ANS, PODERÁ OCORRER:

INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;

EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;

PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS;

EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS;

ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.

6.9.2. Desta forma, com a edição de novo Rol de procedimentos ocorre mudança nos direitos dos BENEFICIÁRIOS ao acesso à cobertura, com o que a/o CONTRATANTE/Titular está ciente e de acordo.

6.9.3 Nos termos da regulamentação vigente, o rol da ANS é atualizado a cada 02 (dois) anos.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

6.10. Serviço de transporte de paciente

Uti móvel e remoção nos estados de urgência e emergência, inclusive, domiciliar e intra-hospitalar.

6.10.1.UTI MÓVEL (Pronto Socorro Móvel) – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste termo, e no qual a CONTRATADA deverá oferecer esse serviço na Capital (Belém) e em todas as cidades em que exista Delegacia do CRM/PA (Marabá, Santarém e Altamira), .

10.1.1). Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

6.10.2 REMOÇÃO

10.2.1 A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

10.2.2 A CONTRATADA garantirá a cobertura de remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nos casos do BENEFICIÁRIO estar cumprindo carência, e quando houver acordo de cobertura temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta complexidade e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

10.2.3 Na remoção, a CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

10.2.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e do atendimento.

OBS: Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou o responsável pela internação, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CONTRATADA desse ônus.

6.11. Atendimento ambulatorial

A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos na Lei 9.656/98 e suas alterações no Rol de Procedimentos e eventos em saúde, observada a seguinte abrangência:





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, quando em cumprimento de carências;
- d) 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 sem carência para a segmentação hospitalar. Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o usuário quando efetivados todos os procedimentos e recursos necessários para garantir a vida e saúde do Usuário;
- e). O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação.
- f) Caberá CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.
- g) em atendimento ambulatorial a psicoterapia de crise (codificada no CID-10), 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 limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- f) Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID 10, nos casos em que houver a necessidade de tratamento em regime de hospital dia, o prazo para este tratamento será de 180 (cento e oitenta) dias por ano.

6.12. Cobertura deste contrato está restrita aos procedimentos pertencentes às segmentações ambulatorial, hospitalar e obstétrica, listados no rol de procedimentos da ans (agência nacional de saúde suplementar) e de acordo com as diretrizes de utilização e clínicas, vigentes na época da ocorrência do evento.

6.12.1 - Estão expressamente excluídos da cobertura deste contrato:

- A) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

- B) Aparelhos ortopédicos, fornecimento de órteses e próteses, exceto se ligadas ao ato cirúrgico;
- C) Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- D) Cirurgias e tratamentos não éticos, experimentais ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- E) Cirurgias para mudança de sexo;
- F) Cirurgias plásticas não reparadoras ou estéticas, para rejuvenescimento ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- G) Cirurgia refrativa para pacientes menores de 18 (dezoito) anos;
- H) Cirurgia refrativa para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos, que estejam em desacordo com as diretrizes de utilização ou não presentes no rol de procedimentos;
- I) Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência e emergência; J) Despesas extraordinárias realizadas pelo BENEFICIÁRIO internado, tais como medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- K) Despesas extraordinárias, produtos de toalete a acompanhantes;
- L) Refeições de acompanhantes, exceto se acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos, idosos, parturientes e portadores de necessidades especiais;
- M) Enfermagem em caráter particular, em regime hospitalar ou domiciliar;
- N) Exames não reconhecidos pela ANVISA;
- O) Necropsias, identificação de cadáveres ou restos mortais;
- P) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- Q) Inseminação artificial, técnica de reprodução artificial, estudo do DNA;
- R) Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar, internações em caráter de medida de segurança; diretrizes de utilização,
- S) Medicamentos de manutenção em transplantados e doadores;
- T) Medicamentos importados não nacionalizados;
- U) Perfil biofísico;
- V) Procedimentos odontológicos;
- W) Próteses e órteses importadas não nacionalizadas, OPMEs não ligadas ao procedimento cirúrgico;
- X) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para realização de procedimentos listados no rol de procedimentos odontológicos;
- Y) Quaisquer medicamentos importados, não nacionalizados, medicamentos de uso domiciliar, exceto antineoplásicos, orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico;
- Z) Quaisquer procedimentos e exames não previstos no Rol vigente editado pela ANS, ou procedimentos previstos de forma ou em quantidades diferentes das clínica e do





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

procedimentos realizados fora da rede credenciada ou em cidade não incluída na área de atuação do plano;

AA) Transplantes, à exceção dos constantes no Rol de procedimentos;

BB) Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

CC) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

DD) Vacinas ou medicamentos importados não nacionalizados mesmo em caso de internação hospitalar.

EE) Acomodações, alimentações fora do período de internação, estadias em hotéis e quaisquer reembolsos de despesas de viagens, excetuadas as previstas na Resolução Normativa nº 259.

6.13. Doenças e lesões pré-existentes

Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) BENEFICIÁRIO(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

6.13. 1 - Declaração de saúde

6.13.1.2 No momento da adesão, o BENEFICIÁRIO deverá preencher a declaração de saúde e informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado, o conhecimento de doença ou lesão preexistente, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

6.13.1.3. O BENEFICIÁRIO ou seu representante legal tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus.

6.13.1.4. Caso o BENEFICIÁRIO opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

6.13.1.5. A entrevista qualificada tem o objetivo de orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou ingresso ao plano, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

6.13.1.6. Não poderá ser alegada pela CONTRATADA a omissão de informação de doença preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor BENEFICIÁRIO pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano.

6.13.1.7. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração do BENEFICIÁRIO a existência de doenças ou lesões preexistentes, a CONTRATADA oferece a Cobertura Parcial Temporária – CPT, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

- a) Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:
- b) O número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta);
- c) Para BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

6.13.1.8. Cobertura Parcial Temporária – é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados da contratação ou ingresso do BENEFICIÁRIO ao plano, da cobertura para procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade (PAC), desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas. Os procedimentos de alta complexidade estão listados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e está disponível para consulta no site: www.ans.gov.br.

6.13.1.9. Agravo – acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

6.14. Atendimento de urgência e emergência

Nos limites deste plano, observando-se, entre outros, a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, os procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, estão cobertos pelo presente contrato os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, em regime ambulatorial e de internação, os casos de urgência e emergência, dentro da área de abrangência contratual.

6.14.1 - São casos de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO, segundo critério médico.

6.14.2 - São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

6.14.3 - Nos casos de transtornos psiquiátricos, são consideradas emergências as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o BENEFICIÁRIO ou para terceiros, incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

6.14.4 - É garantida cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, se cumpridas as carências necessárias para internação e procedimentos.

6.14.5 - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer do período de carência, para internação e procedimentos, este deverá abranger cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

6.14.6 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal (queda, acidente de automóvel) será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

6.14.7 - É garantida a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. Todavia, se a beneficiária estiver cumprindo carência para procedimentos exclusivos da segmentação hospitalar, o atendimento será limitado às 12 (doze) primeiras horas.

6.14.8 - Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças ou lesões preexistentes, terão cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, se houver necessidade do uso de leitos de alta tecnologia, procedimentos de alta complexidade e eventos cirúrgicos relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente declarada.

6.14.9 - Em casos de urgência e emergência, o beneficiário deve se dirigir preferencialmente à rede credenciada. Na impossibilidade de se utilizar a rede credenciada nos casos de urgência e emergência, o beneficiário poderá utilizar-se de outras instituições, com exceção dos de tabela própria, relacionados neste contrato, desde que dentro da área de abrangência contratual.

6.14.10 - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de complicações gestacionais e urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar ou obstétrica em carência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA

7.1 - Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

7.1 - Para o presente contrato não poderá ser exigido o cumprimento de carências, na ocorrência dos dois requisitos abaixo de forma concomitante:

- a) o número de participantes no contrato for igual ou maior que 30 (trinta) vidas e
- b) para os BENEFICIÁRIOS que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

7.2 - Ressalvada a hipótese acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contado do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato de plano de saúde; sendo os seguintes os prazos de carência:

7.2.1 - 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos da Resolução CONSU nº 13/98.

7.2.2 - 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos

7.2.3 - 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

8. DA INCLUSÃO, DESLIGAMENTO E EXCLUSÃO DO PLANO

8.1. Da inclusão

8.1.1. É voluntária a inscrição de qualquer beneficiário do plano de assistência à saúde de que trata este instrumento.

a) Poderão se inscrever no Plano na qualidade de funcionário ativo ocupantes de cargo efetivo e de cargo comissionado do CRM/PA;

b) Para o reingresso de funcionários desligados voluntariamente do plano, **para os empregados que tenham optado por aderir ao plano de assistência médica, após os prazos previstos no item 7, ou para o reingresso de empregados desligados do plano voluntariamente, serão admitidos os períodos de carência.**

8.2. Do desligamento do plano

8.1. A exclusão do beneficiário se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do funcionário para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

8.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o funcionário poderá optar por permanecer com o plano de saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

8.3- É garantida a manutenção no plano dos demitidos após a perda do vínculo com o Órgão, durante a vigência contratual, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, mediante pagamento direto à CONTRATADA.

8.4. O beneficiário excluído do plano de saúde do CRM/PA será responsável pela devolução imediata à CONTRATADA de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

8.3. Da exclusão- Os beneficiários excluídos do plano de assistência à saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelo CRM/PA, que os devolverá à operadora.

a) A exclusão do beneficiário se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do funcionário para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

b) No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o funcionário poderá optar por permanecer com o plano de saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.

c) É garantida a manutenção no Plano dos demitidos após a perda do vínculo com o Órgão, durante a vigência contratual, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, mediante pagamento direto à CONTRATADA.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

9. DA PORTABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE PLANO

9.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência estabelecida pela ANS e alterações posteriores).

9.2. Os casos de alteração de Plano não sofrerão carência, quando solicitados até o 2º(segundo) mês do início do contrato. Após este período, obedecerão às carências estabelecidas pela Contratada.

10.- MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Condições de atendimento ao beneficiário

10.1 - A CONTRATADA assegurará aos BENEFICIÁRIOS inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, nas condições ajustadas, sendo que para ter qualquer atendimento o BENEFICIÁRIO obriga-se a apresentar o cartão de identificação válido, emitido pela CONTRATADA, documento de identidade ou certidão de nascimento e a observar o seguinte:

A - Rede credenciada

I) A CONTRATADA assegurará os procedimentos cobertos pelo plano exclusivamente na rede por ela contratada ou credenciada.

II) Os serviços contratados neste instrumento particular serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos credenciados e de rede própria ou por ela contratada, dentro da área de abrangência definida neste contrato.

III) Não haverá restrição de realização de procedimentos cobertos por esse contrato pelo fato de serem solicitados por médicos não pertencentes à rede, desde que sejam realizados na rede credenciada, na área de abrangência geográfica definida neste contrato.

IV) Não estão compreendidos neste contrato os honorários de profissionais não credenciados.

V) A operadora disponibilizará GUIA MÉDICO, pela internet, e em seu site, onde constarão laboratórios credenciados, centros de diagnósticos, médicos credenciados, com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios e, dentre esses, quais os que disponibilizam serviços de urgência e emergência.

VI) Faculta-se à CONTRATADA, a qualquer tempo, cancelar contratos com prestadores de serviços, bem como contratar novos, sempre objetivando aprimorar o atendimento devendo comunicar as alterações ao CONTRATANTE com 30 (trinta) dias de antecedência, conforme estabelecido no artigo 17, 1º e 4º da Lei 9.656/98 e demais instruções normativas editadas pela ANS. Na troca de prestador hospitalar, o novo contratado ou credenciado será equivalente.

VII) Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a CONTRATADA assegurará as despesas hospitalares até a alta do BENEFICIÁRIO. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a operadora transferirá o BENEFICIÁRIO imediatamente, arcando integralmente com os custos.

VIII) Nos casos de BENEFICIÁRIOS internados em hospitais cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a CONTRATADA garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se pela prestação até a alta hospitalar.

IX) As internações deste produto ocorrerão nos hospitais credenciados ao Plano.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

11. DADOS PARA A ELABORAÇÃO DA PROPOSTA FINANCEIRA

11.1. Estima-se para o Contrato a ser celebrado com a licitante vencedora do certame, um **total de 31 (trinta e um) beneficiários**, dentre ativos e comissionados, sendo custeado sobre a remuneração do segurado contribuinte/beneficiário e CRM-PA.

11.2. A operadora de planos de saúde contratada cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, hospitalares, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 338, de 21/10/2013.

12. DAS OBRIGAÇÕES

12.1. São obrigações da CONTRATADA

a) Caberá A CONTRATADA, além das responsabilidades resultantes do Contrato, se sujeita às disposições do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, bem como os dispositivos da Lei 9.656/98, Resolução Normativa nº465/2021, Resolução RN nº541/2022, Resolução Normativa ANS nº557/2022, e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

b) Manter, durante a execução do contrato as condições que ensejaram a contratação e ainda apresentar os comprovantes e Guia de Recolhimento da Previdência Social - G.R.P.S e Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social – GFIP;

c) A CONTRATADA assume como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução das obrigações contratadas, na forma do processo licitatório. Responsabiliza-se, também, pela idoneidade e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e, ainda, por quaisquer prejuízos que sejam causados ao Contratante ou a terceiros.

d) oferecer os serviços de UTI móvel, remoção e pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico, para atendimento do público alvo.

e) O pagamento do reembolso, conforme dispõe o **item 13 deste termo**;

f) zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

g) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

h) fornecer, gratuitamente, aos usuários do serviço, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pela CONTRATADA aderido pelo beneficiário.

i) fornecer, gratuitamente, aos usuários do serviço manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de assistência médico-hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pela CONTRATADA;

j) manter a existência de profissionais credenciados, hospitais, centros médicos, clínicas, laboratórios, centros radiológicos, referentes as especialidades, que devem também estar disponíveis em sítios, (*sites na Internet*) com informações atualizadas, sobre como identificar a





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

rede credenciada estadual e nacional. Os serviços especificados devem ser oferecidos em âmbito Nacional, dessa forma, a CONTRATADA deve possuir uma denominação (nomenclatura) única, manifestamente reconhecida em todo o Território Nacional, ou, fornecer informações claras de como será identificada nacionalmente;

k) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

l) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;

m) deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

n) Responsabilizar-se por todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais que incidam ou venham a incidir, direta e indiretamente, sobre os serviços prestados;

o) A inadimplência da Contratada, com referência aos encargos estabelecidos na condição anterior, não transfere a responsabilidade por seu pagamento à Administração do Contratante, nem poderá onerar o objeto deste contrato, razão pela qual a licitante renuncia expressamente a qualquer vínculo de solidariedade ativa ou passiva, com o Contratante;

p) Deverá a Contratada observar que é expressamente proibida a contratação de funcionário pertencente ao quadro de pessoal do CRM/PA, bem como de Conselheiros, durante a vigência do contrato;

q) A Contratada deverá manter as mesmas condições habilitatórias, em especial, no que se refere ao recolhimento dos impostos federais, estaduais e municipais, durante toda a execução do objeto, as quais são de natureza *sine qua non* para a emissão de pagamentos e aditivos de qualquer natureza;

r) Atender, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito horas) quaisquer exigências do CONTRATANTE, inerentes ao objeto da contratação;

s) Responder pelos seus compromissos assumidos com terceiros, ainda que vinculados à execução dos serviços em questão, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de seus atos, de seus empregados, prepostos ou subordinados;

t) Não veicular publicidade ou qualquer outra informação acerca da prestação dos serviços do contrato firmado, sem prévia autorização do CONTRATANTE.

u) Não subcontratar a prestação dos serviços objeto deste processo, sem a anuência prévia do CONTRATANTE;

v) Cumprir todas as determinações da Lei nº 9.656/98 e todas as demais normas e entendimentos emanados pelos órgãos emissores de regulamentos na área da saúde e da prestação de serviços de assistência médica hospitalar.

x) Tabela de serviços e procedimentos médicos, com respectivos valores, praticados pela contratada, inclusive para questões de reembolso;

y) A CONTRATADA se sujeita às disposições do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, bem como os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013; da Resolução Normativa





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

z) Comprovar programa de Responsabilidade Social;

12.2. São obrigações do CRM/PA:

a) Efetuar o pagamento mensal devido a CONTRATADA pela execução dos serviços, desde que cumpridas todas as formalidades e exigências do contrato;

b) acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento, com a indicação de funcionário devidamente investido para tal fiscalização, devendo fiscalizar a atuação da CONTRATADA perante os funcionários/beneficiários garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

c) Providenciar as publicações oficiais pertinentes no Diário Oficial do Estado do Pará.

d) colocar à disposição das CONTRATADAS 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;

e) permitir à CONTRATADA a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

f) Comunicar à CONTRATADA, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

g) Manter a CONTRATADA informada a respeito dos beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao atendimento médico;

h) Informar à CONTRATADA as inclusões de novos beneficiários.

13. DO REAJUSTE E DA REVISÃO CONTRATUAL

13.1 - O preço ajustado será certo, definitivo e irrevogável, contudo, caso haja interesse público na prorrogação do contrato, o preço poderá ser reajustado com periodicidade não inferior a 12 meses, contados da data da assinatura do contrato, independentemente de inclusão dos beneficiários, sem prejuízo das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de acordo com a previsão da Lei n.º 9.656, de 1998, Lei nº 10.192/2001 e do artigo 19 da RN nº 195/2009 da ANS e após a confirmação pelo fiscal do contrato de que os preços continuam vantajosos para a Administração;

13.2. O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do ÍNDICE IGPM, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano.

13.3. A CONTRATADA terá o prazo de 30 (trinta) dias corridos para apresentar reajuste contratual, contados da data da assinatura da prorrogação contratual subsequente. Caso não o faça, ocorrerá a preclusão do direito ao reajuste.

13.4. As alterações decorrentes de reajustes serão formalizadas por meio de apostilamento (Lei nº 8.666/93, art 65, parágrafo 8º).





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

13.5. No reajuste da contraprestação pecuniária será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa implicar em alteração do perfil técnico atuarial da carteira de beneficiários, visando com isso o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa - RN 195 e suas alterações.

13.6. Serão aceitos percentuais de reajustes diferenciados entre as faixas etárias, nos termos da RN 563/2022 – ANS.

13.7. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

13.8. Os valores das mensalidades/tabela de preços para as novas adesões serão reajustadas, na mesma data e no índice de reajuste previsto neste capítulo, independente da data de inclusão.

13.9. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário que importe deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, conforme os valores contratados.

13.10. Para efeito de eventual pedido de reajuste do valor contratual vigente, não será concedida nenhuma espécie de antecipação a qualquer título que seja, antes de completado os 12 (doze) meses do contrato.

13.11. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, por desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, o mesmo será aplicado de forma complementar ao reajuste que trata o item 13.2 e poderá ser negociado entre as partes. Para cálculo da sinistralidade, além das despesas assistenciais pagas pela CONTRATADA diretamente aos seus prestadores, serão computados os valores pagos ao Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do Ressarcimento ao SUS.

13.12. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

13.13. O reajuste aplicado será informado à ANS no prazo máximo de 30 dias.

14. DA VIGÊNCIA

14.1- O contrato a ser assinado com a Licitante vencedora terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura. Podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, com base no que dispõe o art. 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93, com as alterações posteriores.

15. DA ACEITAÇÃO E DO PAGAMENTO

15.1. Os serviços objeto deste Termo de Referência deverá ser analisados e aceitos (atestados) pelo gestor do contrato até o 5º dia útil após a apresentação da nota fiscal/fatura, devidamente





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

acompanhada de toda a documentação legal, datas nas quais encaminhará o faturamento à Área Financeira.

15.2. O pagamento será efetuado mensalmente em real, através de Ordem Bancária, até o 10º (décimo) dia útil após cumprimento integral da tramitação indicada no Item anterior, desde que a contratada:

a) Entregue à Contratante a Nota Fiscal Eletrônica (NF-e) e que deverá ser encaminhada ao seguinte endereço eletrônico: contabilidade@cremepa.org.br

b) Indique o banco, a agência e a conta bancária da empresa, onde deverão ser depositados os valores referentes aos serviços prestados;

c) Entregue prova de regularidade, disponibilizando para consulta, via web, com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos (CND) e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), através do Certificado de Regularidade do FGTS (CRF), emitido pela Caixa Econômica Federal.

d) Se optante do SIMPLES, entregue o Termo de Opção, conforme legislação.

15.3. O pagamento está condicionado, ainda, ao atesto na referida nota fiscal/fatura, pelo gestor do contrato, que representa a aceitação e regularidade dos serviços.

15.4. A Contratada fará jus ao recebimento de pagamento apenas em contraprestação à realização efetiva de algum serviço, não sendo devida qualquer retribuição pecuniária unicamente pela existência da relação contratual.

15.5. A Contratante não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços realizados sem a solicitação ou autorização do fiscal do contrato.

15.6. Será efetuada a retenção dos tributos e das contribuições federais, conforme estabelecido na Lei n. 9.430/96 e na Instrução Normativa SRF n. 1.234/2012.

15.7. Na hipótese de a LICITANTE ser optante pelo SIMPLES, deve anexar à fatura declaração, conforme Instrução Normativa SRF n. 1.234/2012, devidamente assinada por seu representante legal, situação em que não incidirá a retenção disposta no subitem acima.

15.8. Havendo erro na nota fiscal/fatura, ou outra circunstância que desaprove a liquidação da despesa, o pagamento será susgado até que a licitante providencie as medidas saneadoras necessárias, não ocorrendo, neste caso e durante o referido período de sustação, quaisquer ônus para o CRM/PA.

15.9. Nenhum pagamento será efetuado à vencedora enquanto pendente de liquidação ou qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência.

15.10. Os pagamentos efetuados por órgãos, autarquias e fundações da Administração Pública Federal a pessoas jurídicas, pelo fornecimento de bens ou prestação de serviços, estão sujeitos à incidência dos tributos federais (IR na fonte, da contribuição social, COFINS, PIS), INSS e ISS.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênicas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações, COVID e



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN ANS 558/2022).

16.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

16.3. A CONTRATADA deverá possuir, na data de assinatura do Contrato, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

16.4. As exclusões de usuários do serviço de plano de saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa CONTRATADA pelo CRM/PA. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da CONTRATADA

16.5. A CONTRATADA reserva-se no direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

16.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da CONTRATADA, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à CONTRATADA efetuar o pagamento diretamente ao referenciado, em nome e por conta do funcionário.

16.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da CONTRATADA do serviço de plano de saúde.

16.8. A CONTRATADA poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade deste mecanismo a seus beneficiários.

16.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

16.10. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade da CONTRATADA durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a CONTRATADA providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

16.11. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

16.12. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

16.13. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

16.14. Não caberá à CONTRATADA nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do funcionário ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

16.15. Os casos omissos serão dirimidos pelo CRM/PA em conjunto com a CONTRATADA.