



CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR PARA O SESC/AR/DF

CADERNO DE ESPECIFICAÇÕES

1. OBJETO:

Contratação de empresa especializada em serviços de assistência médico-hospitalar e ambulatorial, com obstetrícia, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, tanto em caráter eletivo como emergencial, em hospitais e clínicas, por meio de Plano de Saúde ou Seguro Saúde Coletivo, com atendimento em todo território nacional, sem coparticipação, sem carência e sem qualquer restrição regional ou estadual para atendimentos de rotina, urgência ou emergência, aos empregados e dirigentes do Serviço Social do Comercio - SESC DF, e seus dependentes legais, com Rede Referenciada ou Contratada.

Os atendimentos deverão ocorrer nos limites e condições de cobertura estabelecidos pelo plano escolhido, demais cláusulas deste Caderno de Especificações, em obediência à Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas regulamentações, sem excluir doenças preexistentes ou crônicas, aos beneficiários do Sesc-DF (empregados, dirigentes, dependentes, agregados, demitidos e aposentados), pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado nos termos da Resolução SESC 1.252/2012.

A Contratada deverá apresentar propostas comerciais que atendam benefício parcialmente contributivo em custos pré-fixados em taxas médias per capita para população do Sesc DF.

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente o plano de saúde é reconhecido como um dos principais benefícios que uma empresa pode oferecer. É um fator diferencial na qualidade de vida dos trabalhadores, visto que proporciona acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde, propiciando as condições de saúde necessárias para o bom desenvolvimento das atividades laborais, aumento da produtividade e redução do absenteísmo.

Além disso, há no Acordo Coletivo de Trabalho firmado entre o Sesc-DF e os



Sindicatos vinculados (Sindaf, Sinproep e SO), a obrigatoriedade de oferecer assistência médico-hospitalar aos empregados da instituição.

Assim, faz-se necessária a contratação de empresa especializada para prestação de serviço de assistência médico-hospitalar e ambulatorial para os empregados e dirigentes do Sesc-DF e seus dependentes e agregados.

3. DOS PADRÕES DOS PLANOS

3.1. Os tipos de planos oferecidos pela Contratada deverão diferenciar-se, entre si em função do padrão de acomodação e diferenciação na rede própria ou de recursos credenciados ou referenciados, tendo as seguintes características:

I. **Plano Padrão 01:** plano nacional com internação em quarto coletivo, com direito a acompanhante para menores de idade e idosos, disponível para cadastro de empregados e seus respectivos dependentes legais, que optarem por este padrão.

II. **Plano Padrão 02:** plano nacional com internação em quarto privativo, com direito a acompanhante para menores de idade e idosos, disponível para cadastro de empregados e seus respectivos dependentes legais, que optarem por este padrão.

III. **Plano Padrão 03:** plano superior, nacional com internação em quarto privativo, com direito a acompanhante, disponível para cadastro de empregados e seus respectivos dependentes legais, que optarem por este padrão.

3.2. A mudança de plano poderá ocorrer a qualquer momento.

4. COBERTURAS

4.1 As coberturas relativas ao plano de assistência à saúde, prazos, condições, incluindo os casos de reembolsos obrigatórios, deverão atender a legislação vigente, em especial as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.2 Os serviços deverão atender todos os procedimentos previstos nas determinações da Lei n.º 9656/98, suas emendas e complementos, o rol de procedimentos das ANS e suas atualizações inclusive, e de forma adicional ou ainda redundante, as seguintes condições:

- a) Atendimento em Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, nas suas definições legais assim qualificados, aos empregados e dirigentes titulares e dependentes diretos, legalmente constituídos, e agregados;



- b) Atendimento em Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, nas suas definições legais assim qualificados, aos empregados titulares, incluindo-se os diagnósticos decorrentes de acidentes do trabalho e doenças profissionais, que na maioria desempenham funções em área de grau de risco 1, de acidentes relacionados à sua tarefa de trabalho diário.
 - c) Garantir o tratamento a todos os diagnósticos considerados pré-existentes, inclusive e principalmente, os casos de tratamentos iniciados ou decorrentes de acidentes acontecidos antes da vigência do benefício ou que se constituam continuidade do tratamento, a exemplo de AIDS, Câncer, entre outros, as doenças congênitas e as doenças crônicas, conforme rol de procedimentos da ANS;
 - d) Consultas médicas em consultórios particulares credenciados, ou em rede própria, sem limites e sem cobrança de qualquer taxa adicional;
 - e) Serviços ambulatoriais:
 - e.1) Cirurgias de refração em oftalmologia para grau igual ou superior a 5 (cinco);
 - e.2) Tratamento fonoaudiológico, psicomotricidade e ludoterapia, com cobertura mínima de 30 sessões anuais por usuário/ano para cada tipo de terapia;
 - e.3) R.P.G. (Reeducação Postural Global), por indicação e justificativa do médico assistente, qualificada como fisioterapia e, por conseguinte, sem limites de sessões anuais;
 - e.4) Tratamento esclerosante ou escleroterapia de vasos, com no mínimo 10 aplicações por usuário por ano;
 - e.5) Realização do exame petscan com diretriz de utilização conforme rol da ANS.
 - f) Serviços hospitalares:
 - f.1) Todos os transplantes incluindo cobertura de despesas do doador e armazenamento de órgãos;
 - f.2) Serviço de “home care”, desde que solicitado e justificado pela condição clínica do paciente internado, ratificada pelo médico assistente;
 - f.3) Sessões de quimioterapia e radioterapia, sem limitações quantitativas de sessões ou prazos, em regime ambulatorial ou hospitalar incluindo medicação e fármacos desde que devidamente autorizados e registrados na ANVISA, e conforme solicitação médica.
- 4.3 Nas cidades satélites de Ceilândia, Gama, Taguatinga e no Plano Piloto, nas quais o



SESC DF mantém Unidades, disponibilizar atendimento em rede própria, referenciada ou credenciada, no mínimo, para os seguintes recursos básicos:

- Profissionais médicos nas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, ginecologia, ortopedia e cardiologia.
- Hospital(ais) Geral, Pronto-socorro(s) e Maternidade(s).
- Laboratórios de análises clínicas.
- Laboratórios/clínicas de radiologia (Raios-X e ultra-sonografias)

5. FORMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

5.1 A Contratada deverá ter atendimento em todo o território nacional para todos os níveis e padrões de planos, sem qualquer restrição regional ou estadual, para atendimento de rotina, urgência ou emergência, mediante rede credenciada ou reembolso conforme detalhado neste termo;

5.2 Possuir ampla rede de atendimento para consultas eletivas em todas as especialidades e de emergência, em todos os Estados do País, em especial no Distrito Federal, principalmente nas cidades satélites em que o Sesc-DF possui unidades;

5.3 Possuir ampla rede credenciada de Hospitais e Clínicas de todas as especialidades principalmente no Distrito Federal;

5.4 Manter os dependentes e agregados, já incluídos no plano vigente. Em existindo a opção de taxa média e faixa etária, o beneficiário poderá escolher a opção opção financeiramente mais vantajosa.

5.5 Oferecer relação atualizada, ou informar alterações, ou equivalente: manual(ais), livreto(s) ou por meio virtual - dos estabelecimentos profissionais próprios ou credenciados ou referenciados disponíveis para atendimento aos beneficiários e seus dependentes, com indicação dos nomes, endereços, telefones e especialidades dos consultórios e profissionais, dos hospitais, centros médicos, clínicas, e outras informações correlatas, por padrão de conforto oferecido. Em toda a rede hospitalar apresentada deverá estar garantido o atendimento de pronto socorro, se houver;

5.6 Ausência absoluta de coparticipação, independentemente da opção de plano escolhido;

5.7 Ausência absoluta de carências dos serviços contratados para todo o grupo inicial, incluindo continuidade de cobertura para pacientes internados e assistidos em homecare;

5.8 Isenção de carências aos novos empregados e seus dependentes, incluídos durante a



vigência do contrato, no prazo de até 90 dias, contados a partir da data da sua admissão, bem como os dependentes cujo fato ou ato motivador da dependência venha ocorrer na vigência do contrato e desde que a solicitação para sua inclusão no plano ocorra em até 30 dias, contados a partir do ato ou motivo da dependência. Nos casos de convivência marital - companheiro(a), e/ou inclusão de enteado(a) - o prazo definido será contado a partir da comprovação do evento;

5.9 Garantir a transferência de empregados para apólice de inativos por motivo de aposentadoria, desde o início e durante toda a vigência contratual, para dirigentes e empregados com mais de 10 anos de vínculo e contribuição ao plano de saúde do SESC DF, conforme artigos 30 e 31 da Lei 9.6568. Neste caso a cobrança será feita diretamente ao beneficiário titular.

5.10 Remissão de pagamento de prêmios dos dependentes por morte do segurado titular, pelo período de 5 anos, durante a vigência do contrato a ser estabelecido;

5.11 A Empresa CONTRATADA deverá dispor de serviço de atendimento ao cliente tanto através de central telefônica (Call center) 24 horas, (com ligação gratuita, inclusive por celular ou ligação com custo local), quanto por meio virtual (site e/ou aplicativo);

5.12 Deverá ser disponibilizado meio eletrônico para movimentação cadastral via Internet (inclusão, exclusão, alteração) e para acompanhamento das faturas e acesso aos relatórios de sinistralidade.

5.13 Disponibilizar crédito em conta corrente bancária dos beneficiários titulares de valores apurados pelo sistema de reembolso das despesas;

5.14 Remoção de pacientes via terrestre em todo o território brasileiro, quando devidamente justificado e solicitado pelo médicoassistente;

5.15 A partir da data de assinatura do contrato, a operadora terá o prazo de 30 dias para a implantação do serviço de assistência médica, considerando emissão de cédula de identificação, disponibilização de publicação com rede credenciada, realização de palestras informativas em todas as unidades do SESC DF. Fica determinado que a utilização do plano por parte dos beneficiários será iniciada a partir do 31º dia do contrato. Assim, a operadora não fará jus a remuneração no 1º mês de vigência do contrato;

5.16 A autorização para procedimentos e internações eletivas deverá ocorrer nos prazos máximos previstos na Resolução Normativa nº 259 da ANS, de 17/06/2011, e alterações posteriores, a partir da solicitação do beneficiário perante a CONTRATADA. Caso os prazos sejam ultrapassados, a CONTRATADA deverá, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis, apresentar as devidas justificativas quando solicitado pelos CONTRATANTES.



5.17 Todas as negativas de autorizações deverão ser comunicadas formalmente aos beneficiários e acompanhadas de justificativa técnica, que deverá também ser apresentada aos gestores e fiscais da CONTRATANTES, conforme a natureza do plano, observando-se o sigilo médico e nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018.

6. CARÊNCIAS

6.1 Os prazos de carências previstos nas apólices/contratos, serão aplicáveis apenas aos titulares, compreendidos pelos empregados e dirigentes do Sesc-DF, inscritos após 90 dias da admissão/posse e todos os seus dependentes assim qualificados nas regras do benefício, se não inscritos em até 30 dias do nascimento, do casamento ou da data de emissão do documento comprobatório do grau de dependência, quando de titular já inscrito no benefício. Nos casos de convivência marital - companheiro(a), e/ou inclusão de enteado(a) - o prazo definido será contado a partir da comprovação do evento;

7. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

7.2 O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será efetuado diretamente ao referenciado ou contratado, desde que atestados pelo beneficiário.

7.3 No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão fornecido pela CONTRATADA do plano de saúde.

7.4 A CONTRATADA poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme preconiza a ANS, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus beneficiários.

7.4.1 Nos casos em que a CONTRATADA estabeleça autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo legal, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.



7.4.2 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica.

7.4.2.1 A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da CONTRATADA, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais.

7.4.2.2 A remuneração ficará a cargo da CONTRATADA, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da CONTRATADA, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

7.5 A CONTRATADA reserva-se o 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 9.656/1998, mediante comunicação.

7.6 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação com 30 dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor, conforme as normas estabelecidas pela Agência Reguladora.

7.7 Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da CONTRATADA durante período de internação de beneficiário, será 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.

7.8 No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução será necessária autorização prévia da ANS.

7.9 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários.

7.10 A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada periodicamente pela CONTRATADA e dada comunicação aos seus beneficiários.

7.11 A CONTRATADA deverá disponibilizar, no seu site e/ou em aplicativo, a relação completa da rede de atendimento. A rede credenciada mínima deverá oferecer estabelecimentos em todo território nacional, com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc, para atendimento aos beneficiários.

7.12 Não será permitida a exigência de consulta prévia com enfermeiro ou médico da



família como pré-requisito para autorização de consultas com especialistas ou realização de exames.

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

8. DO REEMBOLSO

8.1 Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não houver rede contratada ou credenciada pela CONTRATADA, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

- a) o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento; ou
- b) se configurar urgência ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento; ou
- c) houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

8.2 Deverá ser apresentada Tabela de Referência de reembolsos equivalente, igual ou superior as versões AMB 92, LPMs 96/99 e C.B.H.P.M, quando respectivamente utilizadas para a remuneração comprovada e auditável dos prestadores, obviamente adaptada para atendimento da Lei n.º 9656/98, suas emendas e complementos.

8.3. Admite-se também remuneração média regional aos prestadores médicos referenciados, desde que os valores médios orientadores de C.H. do cômputo das utilizações totais de todos os usuários, considerando as disparidades das localidades envolvidas;

8.4. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da CONTRATADA vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 dias contados da apresentação dos documentos, em via original, elencados:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento dos honorários profissionais;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de



permanência do beneficiário no hospital; e

d) laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

8.5. Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar à CONTRATADA a documentação no prazo máximo conforme legislação vigente contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

8.6. A contratada deve garantir os mínimos de reembolso a seguir descritos:

9. DOS BENEFICIÁRIOS:

9.1. Para fins de entendimento, os beneficiários estarão classificados conforme segue:

a) Titulares:

a.1) Empregados com vínculo empregatício ativo junto ao SESC/AR/DF;

a.2) Ex-Empregados, até 30 dias após a cessação do vínculo empregatício com o SESC/DF.

a.3) Dirigentes do Sesc-DF (Presidente e Conselheiros)

b) Dependentes legais: cônjuge; companheiro(a); filhos(as) inválidos(as) sem limite de idade; filhos(as), enteados(as), tutelados(as) e adotados(as) menores de 24 anos.

b.1) Os filhos maiores de 24 anos que, na apólice vigente são considerados agregados, deverão ser cadastrados como dependentes diretos, respeitando o limite máximo de 30 anos;

c) Agregados: filhos maiores de 24 anos; pai e/ou mãe, ressaltado que não serão mais aceitas inclusões de agregados, mesmo aqueles ligados aos novos empregados.

d) Excepcionalidade:

d.1) agregados anteriormente admitidos, tais como mãe, irmão, etc;

d.2) demitidos sem justa causa, oriundos do plano anterior, beneficiados pela Lei 9.656/98; e

d.3) aposentados, oriundos do plano anterior, beneficiados pela Lei 9.656/98.

9.2. Trimestralmente, os dados de utilização dos usuários deverão ser encaminhados ao SESC DF, independentemente da existência de sistema operacional de informações gerenciais, sob responsabilidade de médico indicado pelo SESC DF.



10. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

10.1 É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário nos termos constantes deste Caderno de Especificações.

10.2 Somente o beneficiário titular poderá solicitar a inclusão ou exclusão de beneficiários.

10.3 Os dependentes, indicados pelo beneficiário titular, serão incluídos no mesmo plano escolhido pelo titular.

10.4 As inclusões ocorrerão durante o mês, com cobrança do valor sob o regime pro-rata.

10.5 As exclusões deverão obedecer ao mesmo regime de cobrança pró-rata. Sendo, os valores referentes as diferenças creditados na fatura do mês seguinte a exclusão.

10.6 A exclusão em decorrência de falecimento ocorrerá no dia seguinte a comunicação do fato a Coordenação de Gestão de Pessoas - COGEP do Sesc-DF.

10.8 A exclusão do beneficiário titular implicará necessariamente na exclusão dos seus dependentes.

10.9 Estarão isentos de quaisquer carências aqueles que venham a adquirir a condição de beneficiário, após a assinatura do contrato, desde que manifestada a solicitação de inclusão em até 30 dias corridos contados da:

- a) data de nascimento do beneficiário dependente;
- b) data do recebimento do termo de guarda ou tutela, para inclusão de menores sob guarda ou tutela;
- c) data do casamento do beneficiário titular, para inclusão do cônjuge e dependentes afins;
- d) data da emissão da declaração de união estável, para inclusão do cônjuge e dependentes afins;
- e) data do retorno às atividades por término de licença sem vencimentos;

Exceção: os novos empregados admitidos poderão aderir ao plano no prazo de até 90 dias após a admissão.

10.10 Os beneficiários excluídos do Plano de Saúde serão responsáveis pela devolução imediata de sua carteira de identificação, e de seus dependentes, se houver.

11. DO CUSTEIO DO PLANO

11.1. Para as mensalidades dos titulares(beneficiários) no plano de saúde, o Sesc-DF adotará tabela de custeio parcialmente contributivo, conforme norma específica e



definição no Acordo Coletivo de Trabalho.

11.2. As mensalidades dos agregados serão 100% custeadas pelos respectivos, empregados titulares.

11.3 Não será admitida cobrança de taxa de implantação, mesmo para novas inclusões de novos beneficiários.

12. DO REAJUSTE E DA REVISÃO

12.1. Os preços serão fixos e irreajustáveis no prazo de 12 meses ;

12.2 o percentual de sinistralidade a ser considerado, a partir do qual poderão ser calculados os reajustes, é de 75% (setenta e cinco por cento);

12.3 Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços poderão sofrer reajuste após o interregno de 12 meses, conforme os seguintes parâmetros:

12.3.1 Caso a sinistralidade calculada no período seja menor ou igual a 75% (setenta e cinco por cento), não haverá reajuste;

12.3.2 Caso a sinistralidade calculada no período seja superior a 75% (setenta e cinco por cento) será efetuado o reajuste com base na variação do IVCMH - Índice de Variação dos Custos Médico-Hospitalares, IGPM ou INPC, o que for mais vantajoso para a CONTRATANTE.

12.4 O cálculo de sinistralidade levará em conta a relação entre as receitas líquidas de impostos das mensalidades pagas pela contratante e os sinistros pagos pela contratada.

12.5 A apuração da sinistralidade dar-se-á a cada 12 (doze) meses tomando-se por base os 9 meses que precedem o aniversário do contrato, no período inicial, desprezando-se então os 03 primeiros meses de vigência.

12.4.O percentual de revisão será apurado pela média das sinistralidades verificadas mensalmente, observando-se a periodicidade constante no item anterior.

12.5 A análise da sinistralidade informada pela CONTRATADA poderá ser auditada por equipe médica indicada pela CONTRATANTE.

13. ACOMPANHAMENTO

13.1 A CONTRATADA deverá designar médico auditor para contato técnico com os médicos ou enfermeiros indicados pelo gestor do contrato, para apresentação de dados



referentes a casos complexos e de alto custo, bem como esclarecimentos de divergências e questionamentos relativos à conduta e encaminhamentos no atendimento aos beneficiários.

13.2 Todos os dados relativos ao sigilo médico, assim como senha de acesso a estes dados, quando couber, deverão ser fornecidos exclusivamente aos médicos ou enfermeiros, designados pelos CONTRATANTES.

13.3 Para a fiscalização e administração dos serviços, a CONTRATADA deverá disponibilizar acesso ao banco de dados, em formato compatível com os sistemas dos CONTRATANTES, contendo dados cadastrais dos beneficiários e possibilitando a obtenção de relatórios parametrizados em planilhas eletrônicas, relativos a:

13.3.1 movimentação cadastral e beneficiários ativos por faixa etária e sexo;

13.3.2 tipo de plano ou seguro;

13.3.3 relatório detalhado de utilização ambulatorial dos serviços (consultas, exames, internações hospitalares clínicas e cirúrgicas, procedimentos ambulatoriais e reembolsos, entre outros).

13.3.4 todas as internações em curso com o nome do paciente, diagnóstico, discriminação da data e previsão da alta;

13.3.5 maiores beneficiários utilizadores, em internações, por número de eventos, contemplando todos os procedimentos de cada utilização

13.3.6 em se tratando de órteses, próteses e materiais especiais, deverá ser identificado devidamente o material e fornecedor assim como a tabela utilizada para referência de preço devidamente justificado;

13.3.7 maiores beneficiários utilizadores de recursos diagnósticos ambulatoriais, por número de eventos;

13.3.8 maiores beneficiários utilizadores de consultas médicas, por número de eventos;

13.3.9 maiores custos por procedimento ambulatorial, discriminados o tipo de procedimento, materiais e medicamentos;

13.3.10 patologias clínicas e cirurgias por grupo de CID e recurso credenciado, com quantidade de beneficiários internados, o custo correspondente, número de diárias e tempo médio de permanência;

13.3.11 hospitais, laboratórios e serviços mais utilizados, segundo o número de eventos;

13.3.12 hospitais, laboratórios e serviços mais utilizados, segundo o volume de custos;



13.3.13 beneficiários em atendimento domiciliar (Home Care).

13.3.14 beneficiários acompanhados por programa da operadora do plano de saúde;

13.3.15 análise de custos e receita emitida por período;

13.3.16 análise de custos e de utilização por especialidade;

13.3.17 análise de custos por tipo de evento e origem de cobrança, com a geração de indicadores em porcentagem (%) de cada evento em relação aos custos e à utilização do total das despesas apuradas por período;

13.4 A CONTRATADA deverá possibilitar aos médicos ou enfermeiros indicados pelo CONTRATANTE o acesso a todas as informações relativas às despesas realizadas durante as internações e demais procedimentos, para acompanhamento do Contrato, conforme parâmetros e periodicidade a serem definidos pelos CONTRATANTES e CONTRATADA, quando da reunião inicial.

13.5 O compartilhamento das informações necessárias à plena execução do Contrato deverá obedecer às normas constantes da Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018.

14. ABORDAGEM DOS TRATAMENTOS EM CURSO

14.1 Deverão ser mantidos e continuados os tratamentos que se encontrarem em curso anteriormente à vigência do Contrato, que vinham sendo realizados por meio do plano de saúde contratado na ocasião. Na hipótese dos beneficiários em tratamento prolongado, se estes estiverem em recursos médicos ou hospitalares não cobertos pela nova CONTRATADA, deverão ser redirecionados aos centros de atendimento especializados com a cobertura do novo plano.

14.2 Os beneficiários que se encontrarem internados, por ocasião do início da vigência do Contrato, em hospital sem cobertura no novo plano contratado, deverão ser transferidos para um hospital da nova rede credenciada, desde que estejam estáveis clinicamente e aptos para remoção inter-hospitalar, com autorização do médico assistente, respeitada, quando possível, a escolha do beneficiário ou familiar, por recurso que conste no Contrato vigente. Nas hipóteses de autorização de transporte pelo médico assistente, devidamente justificadas, em que o beneficiário ou familiar optar pela permanência em internação em recurso hospitalar não credenciado, os CONTRATANTES e a CONTRATADA não se responsabilizarão pelas respectivas despesas.

14.3 Para os beneficiários que não se encontrarem internados durante o período de



implantação do novo plano, não será exigida a manutenção do tratamento no mesmo hospital/clínica no qual eram acompanhados, se este não constar do rol de serviços credenciados do novo Contrato.

14.4 Os beneficiários em atendimento domiciliar, sob quaisquer dos níveis de Home Care, deverão ser mantidos com a mesma estrutura de atendimento e cuidados, a depender da evolução do paciente, e desde que com a devida indicação médica, podendo ser substituída a empresa prestadora dos serviços.

14.5 Deverá ser garantida a continuidade do acompanhamento pré-natal e parto das gestantes que apresentarem idade gestacional acima de 36 semanas no início da vigência do Contrato, com o mesmo médico assistente, se este aceitar negociação com a CONTRATADA e se esta for a opção da gestante.

14.6 Para os portadores de neoplasias malignas com tratamento em curso (ex. ciclos de quimioterapia), deverá ser garantida a finalização do ciclo no mesmo serviço, permitindo-se o encaminhamento posterior para outro recurso médico no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

14.7 Deverá ser garantida a manutenção dos tratamentos de todos os pacientes portadores de patologias graves ou complexas, em recursos médico e/ou hospitalares no rol de credenciados da nova CONTRATADA.

15. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO TÉCNICA

15.1. Em se tratando de sua qualificação técnica, os interessados deverão apresentar:

- a) Comprovante da regularidade da situação cadastral relativo à autorização de funcionamento na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- b) 03 (três) ou mais atestados de capacidade técnica expedido por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado, comprovando que executa ou executou prestação de serviço compatível com as características e quantidades previstas neste instrumento.
 - b.1) Os atestados devem conter o nome, endereço e o telefone de contato do(s) atestador(es), ou qualquer outro meio com o qual a Instituição possa valer-se para manter contato com a(s) pessoa(s) declarante(s).
- c) Comprovação que a classificação mais recente quanto ao IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), calculado pela ANS, seja igual ou superior a 0,7 para os planos descritos neste documento. Será aceita a comprovação



documental oficial da classificação ou a pesquisa na página da ANS.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 A CONTRATANTE reserva-se o direito de aumentar ou diminuir a quantidade estimada dos serviços, de acordo com a quantidade de empregados interessados em aderir ao plano de saúde.

11.2 Independentemente da supressão do número de vidas ou do aumento da sinistralidade, a revisão do custo, seja por taxa média ou faixa etária, somente poderá ocorrer no aniversário do contrato.

11.3 Durante a vigência deste Contrato qualquer comunicação entre as partes deverá ser feita por escrito.

11.4 Toda e qualquer alteração contratual só poderá ser realizada por meio de Termo Aditivo.

11.5 O contrato terá vigência de 12 meses, podendo ser renovado por até 60 meses, desde que o serviço seja prestado a contento.

11.6 Caso seja demonstrado e verificado que o serviço não está sendo realizado a contento, o Sesc-DF poderá rescindir o contrato a qualquer tempo, sem penalidades, com aviso prévio de 60 dias.

11.4. Fica eleito o Foro de Brasília – DF, com renúncia expressa de qualquer outro, para dirimir dúvidas porventura decorrentes do Edital referente ao presente Caderno de Especificações.

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PLANO DE SAÚDE - GRUPO ATIVOS									
01/02/2021									
TIPO	Conjuge		Filho/Filha		Agregados		Titular		Total
	Idade/Sexo	F	M	F	M	F	M	F	
0			14	13					27
1			15	10					25
2			12	21					33
3			16	16					32
4			12	17					29
5			22	16					38
6			15	26					41
7			16	13					29
8			18	21					39
9			24	19					43
10			15	18					33
11			22	15					37
12			14	19					33
13			23	10					33
14			19	18					37
15			23	22					45
16			23	16					39
17			15	15					30
18			19	13					32
19			18	13					31
20			19	20					39
21			16	15					31

22	1		15	14			1		31
23			18	26			1	1	46
24	1	1	7	16			1	2	28
25		2			1	3	3	2	11
26					3	8	2		13
27	2				3	1	8	3	17
28	5				2	1	11	5	24
29	7	1			3	2	12	7	32
30	5	5			1	2	15	6	34
31	6	6				1	15	7	35
32	11	7					16	9	43
33	5	6					19	8	38
34	12	7					26	13	58
35	6	9			1		14	17	47
36	7	11					22	20	60
37	7	5					26	10	48
38	8	15					27	17	67

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PLANO DE SAÚDE - GRUPO ATIVOS 01/02/2021									
TIPO	Conjuge		Filho/Filha		Agregados		Titular		Total
	Idade/Sexo	F	M	F	M	F	M	F	
39	10	7					27	13	57
40	10	10					22	15	57
41	11	9					26	21	67
42	16	15					19	21	71
43	12	8					14	18	52
44	14	11					33	20	78
45	11	14					16	15	56
46	9	14					27	12	62
47	7	11					19	16	53
48	8	9					13	17	47
49	9	7					19	12	47
50	10	4					17	11	42
51	9	6					16	15	46
52	7	7					10	9	33
53	7	7					14	14	42
54	4	7					10	8	29
55	5	7					9	8	29
56	8	6					7	9	30
57	3	4					8	9	24
58	3	4					7	4	18
59	2	3					4	4	13
60		2					2	3	7
61	2						2	3	7

62	3						1	4	8
63	2	1					3		6
64		1						2	3
65		1					2	2	5
66		2							2
67							1	1	2
68									0
69		1						1	2
70									0
71		2							2
72									0
74								1	1
75		1						1	2
76		1							1
78									0
80									0
81		1							1
SOMA	265	258	430	422	14	18	567	416	2390

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PLANO DE SAÚDE APOSENTADOS E DEMITIDOS 01/02/2021							
TIPO	Conjuge		Filho/Filha		Titular		Total
Idade/Sexo	F	M	F	M	F	M	
10			1				1
20			1				1
21				1			1
25			1				1
26			2	1			1
27			1	1			3
28			1				2
31			2	2			1
32				1	2		4
33			1				3
34			2		1	1	1
36						1	4
37			1	1			1
38			1				2
39					3		1
40			1				3
41				1			1
42					1		1
43			1				1
45		1					1
47						2	1

48		1			1		2
49					1		2
50	1				1		1
51	2				3		2
52			1		2		5
53					1		3
54					3		1
55					4		3
56		1			2	1	4
57		1			3	1	4
58		1			2	1	5
59		1			2	2	4
60	2	2			1		5
61					3	1	5
62	1				2		4
63	1	1			2		3
64	1	1			2	1	4



RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PLANO DE SAÚDE APOSENTADOS E DEMITIDOS							
01/02/2021							
TIPO	Conjuge		Filho/Filha		Titular		Total
Idade/Sexo	F	M	F	M	F	M	
65	1				3	2	6
66	1				3	2	6
67	2				1	3	6
68	3				4	2	9
69	2	1			2	1	6
70					1	2	3
71	1					1	2
72		1			2		3
73	1				2	4	7
74						2	2
76	1					1	2
77						1	1
80					1	1	2
SOMA	20	12	17	9	61	33	152

Caderno elaborado por:

Maurikeli da Silveira Teles

Coordenadora de Gestão de Pessoas

Paula Emanuelle Deitos de Almeida

Assistente Administrativo/Financeiro

Coordenação de Gestão de Pessoas