

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N. 001/2019

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

Credenciamento de Pessoas Jurídicas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde com abrangência grupo de municípios, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, AOS SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS E DEPENDENTES LEGAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA DA PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES legais, com cobertura dentro da área geográfica de Pernambuco, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

2. CONCEITUAÇÃO

2.1 – USUÁRIOS – Os inscritos nos planos na condição de beneficiários titulares e seus dependentes.

2.2 – BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores ATIVOS, INATIVOS E DEPENDENTES LEGAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA DA PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES.

2.3 – BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

2.3.1 – Cônjuge ou companheiro (a) de união estável.

2.3.2 – A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia.

2.3.3 – Os filhos e enteados, solteiros, até 21 anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez.

2.3.4 – Os filhos e enteados, entre 21 e 24 anos de idade, dependentes economicamente do servidor, e estudante de cursos regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

2.3.5 – O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial observando o disposto nos subitens C.3 e C.4.

2.3.6 – A existência do dependente constante no subitem C.1, inibe a obrigatoriedade da inclusão do dependente constante no subitem C.2.

2.4 - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora na modalidade Administradora, com a qual a PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS GUARARAPES celebrará Termo de Acordo para a prestação de serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo, 01 (uma) operadora prestadora de serviços de Planos de Saúde.

2.5- OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo acompanhamento obstétrico e psiquiátrico, realizados exclusivamente no País, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento

das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

3. DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO PLANO DE SAÚDE.

3.1 – É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário.

3.2 – Somente o beneficiário titular poderá realizar a própria inclusão ou a exclusão de seus dependentes.

3.3 – A inclusão far-se-á a pedido do titular mediante manifestação expressa deste junto à Seção de Benefícios, respeitado o seguinte cronograma:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 15º dia	a partir do primeiro dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	a partir do primeiro dia do 2º mês subsequente.

3.4 – As solicitações de exclusões deverão obedecer aos mesmos prazos do cronograma de inclusões acima especificado.

3.5 – A exclusão de beneficiário dependente deverá ser notificada ao próprio ou ao seu representante legal com 30 dias de antecedência.

3.6 – Os titulares disporão do prazo de até 30 dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar as suas inclusões e a dos seus dependentes, isentos de carência; após esse prazo os usuários cumprirão as carências máximas estabelecidas no item 4.

3.7 – Os titulares que entrarem em exercício disporão do prazo de até 30 dias ininterruptos contados da posse para solicitar as suas inclusões e dos seus dependentes, isentos de carência; após esse prazo os usuários cumprirão as carências máximas estabelecidas no item 4.

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

3.9– Os dependentes que adquirirem esta condição após a inclusão dos titulares (casamento, nascimento, adoção, guarda, reconhecimento de paternidade, reconhecimento de união estável nos assentamentos funcionais ou reconhecimento de dependente econômico nos assentamentos funcionais) terão o prazo de 30 dias ininterruptos após o fato gerador para serem incluídos com isenção de carência; após esse prazo cumprirão as carências máximas estabelecidas no item 4.

3.10 – A reinclusão de usuário de qualquer natureza fica sujeita às carências máximas estabelecidas no item 4.

3.11 – É de responsabilidade dos titulares solicitar formalmente à Administradora de Benefícios a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

4 – DA CARÊNCIA

4.1 – Não poderá ser exigida qualquer carência para a utilização do Plano de Saúde, tampouco cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que os servidores da PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES realizem o contrato com a Administradora de Benefícios em até 30 (trinta) dias contados da publicação do Termo de Acordo, ou em até 30 (trinta) dias contados de sua posse, aplicando-se sempre o prazo que lhe for mais favorável;

4.2 – Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no módulo 3, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

4.2.1 – Consultas, Exames clínicos e patológicos – 60 dias após a inclusão no plano, a partir do primeiro dia de vigência.

4.2.2 – Demais exames e tratamentos – 180 dias após a inclusão no plano, a partir do primeiro dia de vigência.

4.2.3 – Internações hospitalares – 180 dias após a inclusão no plano, a partir do primeiro dia de vigência.

4.2.4 – Partos – 300 dias após a inclusão no plano, a partir do primeiro dia de vigência.

4.2.5 – Doenças e Lesões Preexistentes - 720 dias após a inclusão no plano, a partir do primeiro dia de vigência.

5 – DOS BENEFÍCIOS

5.1 – A Administradora de Benefícios disponibilizará operadoras que ofereçam planos de saúde, com cobertura de custos relativos a tratamentos médico – incluindo pediatria, psiquiatria e obstetrícia, fisioterápico, psicológico e farmacêutico na internação, conforme a Lei nº 9656/98 e as Resoluções da ANS que regulamentam os planos de Assistência Médica e Hospitalar.

5.2 – Os planos de saúde deverão possuir cobertura de atendimento de urgência e emergência e de internação, clínicas, pediátricas, psiquiátricas e obstétricas em todo território nacional.

5.3 – Os planos deverão oferecer todas as coberturas garantidas pela Lei 9.656/98 e pelas Resoluções da ANS que regulamentam os Planos de Saúde, notadamente a Resolução Normativa nº 428 de 07/11/2017.

5.4 – Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

5.5 – Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

5.6 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e de hospital-dia, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

5.7 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

5.8 – É permitida a fixação de coparticipação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

5.9 – A assistência ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

5.10 – Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

5.11 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

5.12 – Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011).

5.13 – Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional com as seguintes limitações:

5.14 – Nutrição – 12 consultas por ano.

5.15 – Terapia Ocupacional – 12 sessões por ano.

5.16 – Fonoaudiologia – 24 sessões por ano.

5.17 – Cobertura de psicoterapia com limitação de 40 sessões por ano, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados.

5.18 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na Resolução nº 428/17 da ANS, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

5.19 – Cobertura das ações de planejamento familiar listadas na Resolução nº 428/17 da ANS.

- 5.20 – Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema.
- 5.21 – 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 da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
- 5.22 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial.
- 5.23 – Cobertura de 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.
- 5.24 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados na Resolução nº 428/17 da ANS.
- 5.25 – Cobertura dos 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.
- 5.26 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial.
- 5.27 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas na Resolução nº 428/17 da ANS.
- 5.28 – Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência.
- 5.29 – 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 obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

6 – SÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO PLANO:

- 6.1 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- 6.2 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- 6.3 – Inseminação artificial.
- 6.4 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
- 6.5 – Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.
- 6.6 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.
- 6.7 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- 6.8 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 6.9 – Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 6.10 – Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

7 – SÃO NECESSARIAMENTE INCLUÍDOS NA COBERTURA DO PLANO:

- 7.1 – Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.
- 7.2 – Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais.
- 7.3 – Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- 7.3.1 – As despesas assistenciais com doadores vivos.
 - 7.3.2 – Os medicamentos utilizados durante a internação.
 - 7.3.3 – O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.
 - 7.3.4 – As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

7.4 – Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

7.5 – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos.

7.6 – Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

7.6.1 – Crianças e adolescentes menores de 18 anos.

7.6.2 – Idosos a partir do 60 anos de idade.

7.6.3 – Pessoas portadoras de deficiências.

7.7 – Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa 428/2017 da ANS, incluindo a solicitação de exames complementares 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.

7.8 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

7.9 – Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

7.9.1 – Hemodiálise e diálise peritoneal.

7.9.2 – Quimioterapia oncológica ambulatorial prevista na Resolução 428/2017 da ANS.

7.9.3 – Procedimentos radioterápicos previstos na Resolução 428/2017 da ANS, para as segmentações ambulatorial e hospitalar.

7.9.4 – Hemoterapia.

7.9.5 – Nutrição parenteral ou enteral.

7.9.6 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos na Resolução 428/2017 da ANS.

7.9.7 – Embolizações listadas na Resolução 428/2017 da ANS.

7.9.8 – Radiologia intervencionista.

7.9.9 – Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos.

7.9.10 – Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na Resolução 428/2017 da ANS.

7.9.11 – Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

7.10 – O Plano deverá cobrir procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

7.11 – Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

7.12 – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

7.13 – Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

7.14 – Para fins de cobertura do parto normal este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

8- DO REEMBOLSO

8.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

8.1.1. 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;

8.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

8.1.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

8.1.4. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito de acordo com as tabelas praticadas pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

8.2. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:

8.2.1. 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;

8.2.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

8.2.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e,

8.2.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

8.3. Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

9. DO REAJUSTE

9.1 Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da PREFEITURA MUNICIPAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

9.2 Reajuste por mudança de faixa etária - variação dos valores por Mudança de Faixa Etária

9.2.1 O valor mensal do plano será adequado quando os beneficiários mudarem de faixa etária, aplicando o percentual indicado na Tabela de Percentual por Mudança de Faixa Etária sobre o valor do último plano individual. A adequação do valor ocorrerá no mês subsequente ao aniversário do beneficiário.

9.2.2 Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63, Artigo 3º, Incisos I e II, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

9.2.3 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

9.2.4 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

9.2.5 As variações por mudança de faixa etária não terão percentuais negativos.

9.2.6 A readequação por mudança de faixa etária não é considerada como reajuste nos termos do artigo 22 da RN 195, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

10 – DA REMOÇÃO

10.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

10.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

10.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

10.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

10.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 9.1.3.2 a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

11 – DAS ACOMODAÇÕES

11.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

11.1.2. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria.

11.1.3. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.

11.2. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

11.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 11.1 deste Projeto Básico.

12– OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

12.1 São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) Apresentar aos servidores da Prefeitura de Jabotão dos Guararapes, no mínimo **1 (uma)** operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;

b) Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere ao reajuste das mensalidades;

- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes;
- d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- e) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto a Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j) Informar os beneficiários sempre que houve reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- k) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l) Informar mensalmente ao Setor de Recursos Humanos da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes as exclusões de beneficiários titulares e dependentes;
- m) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, comunicando posteriormente a Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes;
- n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o) Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- p) As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução– RDC nº 64, de 10 de abril de 2001;
- q) As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- r) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Coordenação de Recursos Humanos da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes.

13 – OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

13.1. São obrigações das Operadoras de planos de assistência médica hospitalar:

13.1.1 Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar–ANS.

14 – OBRIGAÇÕES DO ÓRGÃO

14.1 São obrigações do Órgão:

a) colocar à disposição da Administradora de Benefícios 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;

- b) permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede do **órgão**, mediante prévia autorização e agendamento junto a Secretaria de Gestão Administrativa, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) o acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos objetos do presente Projeto Básico consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste; e,
- e) Debitar em folha de pagamento o valor referente à parte do funcionário no custeio do plano de saúde e repassar à Administradora de Benefício.

15 DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do beneficiário ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do funcionário.

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

15.3 Aos casos omissos aplicar-se-ão as demais disposições constantes da legislação pertinente.

15.4 O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da comarca de Jaboaão dos Guararapes, com exclusão de qualquer outro.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N. 1/2019

ANEXO II

**DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS SERVIDORES
TITULARES**

Faixa Etária	Titulares		Dependentes		Total	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0 a 18 anos						
19 a 23 anos						
24 a 28 anos						
29 a 33 anos						
34 a 38 anos						
39 a 43 anos						
44 a 48 anos						
49 a 53 anos						
54 a 58 anos						
59 anos ou mais						

Jaboatão dos Guararapes, 11 de julho de 2019.