

TERMO DE REFERÊNCIA DGSA/SUPREV N° 002/2026**UNIDADE REQUISITANTE:**

DGSA - Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado

SUPREV – Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado

SMPOG – Subsecretaria Municipal de Planejamento Orçamento e Gestão

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO: Gilberto Alexandre Francisco – Diretor de Gestão e da Saúde do Segurado

1. OBJETO E CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto o credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana Belo Horizonte, aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, da Administração direta e indireta do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A., bem como aos respectivos dependentes e pensionistas, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano/seguro por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados.

1.2 A contratação de operadoras de planos de saúde e odontológico é fundamental para garantir que os serviços de saúde suplementares atendam às necessidades da administração pública. E visa assegurar atendimentos de qualidade, essenciais para a saúde dos servidores. Além disso, o credenciamento possibilita a participação de diversas operadoras, promovendo uma maior transparência no processo.

Além disso, esse credenciamento representa uma estratégia importante para a gestão eficiente dos ativos municipais e a maximização dos benefícios financeiros para a população.

Dada a natureza do serviço, é imprescindível a contratação de operadoras qualificados e registradas na ANS, com experiência comprovada em ofertar planos de saúde e/ou odontológico.

Para assegurar maior qualidade na prestação de serviço, é fundamental que as operadoras tenham registro na ANS, uma rede ampla na Região Metropolitana de Belo Horizonte e experiência no mercado, apresentando certidões que comprovam sua atuação.

1.3. Os serviços objeto desta contratação são caracterizados como comuns, pois apresentam padrões de desempenho e qualidade objetivamente definidos por meio de especificações usuais de mercado.

1.4. O serviço a ser contratado não foi parcelado, uma vez que o parcelamento não atende à necessidade

de adequação na uniformização da prestação dos serviços.

1.5. Da Contratação:

1.5.1. A contratação das operadoras credenciadas será efetivada mediante formalização de contrato, nos termos da minuta que será parte integrante do Edital.

1.5.1.1. O prazo de vigência da contratação é de 12 (meses), contado da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado até a vigência máxima de 10 anos, na forma dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021, por se tratar de serviço continuado.

1.5.1.1.1. A contratação de operadoras de planos de saúde enquadra-se como serviço de natureza continuada, uma vez que possui caráter essencial, permanente e indispensável à manutenção da assistência à saúde dos servidores públicos e seus dependentes. A disponibilização ininterrupta da cobertura assistencial garante o acesso contínuo a consultas, exames, tratamentos, internações e demais procedimentos médicos necessários à preservação da saúde e da qualidade de vida dos beneficiários.

1.5.2 A Administração Direta, Indireta e o Legislativo Municipal, em concordância com a Lei nº 14.133/2021 e as Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista celebrarão contratos em concordância com a Lei nº 13.303/2016.

1.5.3 É condição para a celebração do contrato a manutenção de todas as condições exigidas na habilitação.

1.5.4 Serão firmados contratos com os seguintes órgãos, entes da Administração Indireta Municipal, Poder Legislativo Municipal e PBH Ativos S/A:

MBH Município de Belo Horizonte - 18.715.383/0001-40

SUMOB Superintendência de Mobilidade do Município de Belo Horizonte - 45.138.345/0001-44

BELOTUR Empresa Municipal de Turismo de Belo Horizonte S/A - 21.835.111/0001-98

CMBH Câmara Municipal de Belo Horizonte - 17.316.563/0001-96

FPMZB Fundação de Parques Municipais e Zoobotânica - 07.276.220/0001-91

FMC Fundação Municipal de Cultura - 07.252.975/0001-56

HMOB Hospital Metropolitano Odilon Behrens - 16.692.121/0001-81

PBH Ativos S.A. - 13.593.766/0001-79

PRODABEL Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte S/A - 18.239.038/0001-87

SLU Superintendência de Limpeza Urbana - 16.673.998/0001-25

SUDECAP Superintendência de Desenvolvimento da Capital - 17.444.886/0001-65

URBEL Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte - 17.201.336/0001-15

BHTrans Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S.A. - 41.657.081/0001-84.

1.5.5 As Autarquias e Fundações Públicas poderão celebrar instrumento de cooperação de adesão com a Administração Direta do Município, para aderir ao(s) contrato(s) da Administração Direta.

1.5.6 O Poder Legislativo Municipal e a PBH Ativos S.A. celebrarão instrumento jurídico pertinente para uso do objeto do presente credenciamento.

1.5.7 Outros entes da administração indireta, não nominados neste Edital, poderão também aderir ao credenciamento, durante sua vigência.

1.5.8 Para assinatura do contrato a Credenciada deverá estar devidamente cadastrada no Sistema Único de Cadastro de Fornecedores do Município de Belo Horizonte – SUCAF e comprovar a manutenção das condições de regularidade demonstradas para habilitação.

1.5.8.1 Se a Credenciada não for cadastrada no SUCAF, ou se houver pendências no cadastro, a empresa deverá requerer o seu cadastro ou a sua regularização e informar o número do protocolo para a Gerência de Logística da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão no prazo máximo de até 2 (dois) dias úteis contados a partir da convocação do Órgão.

1.5.8.2 O documento constando o número do protocolo deverá ser encaminhado para o seguinte e-mail: glogi.pog@pbh.gov.br.

1.5.8.3 O procedimento e a documentação necessária para cadastro ou regularização no SUCAF estão disponíveis no endereço eletrônico <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/sucaf>.

1.5.8.4. O cadastro regular deverá ser apresentado no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos contados a partir da convocação citada no subitem 1.5.8.1, podendo ser prorrogado mediante solicitação da Credenciada, devidamente justificada.

1.5.9. A Credenciada deverá assinar o contrato dentro do prazo de 05 (cinco) dias contados da respectiva convocação.

1.5.9.1 O prazo estipulado poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela Credenciada durante o seu transcurso, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Administração.

1.5.9.2. A recusa em formalizar o ajuste, no prazo estabelecido no subitem 1.5.9.1, sem justificativa por escrito e aceita pela autoridade competente, bem como a não manutenção de todas as condições exigidas

na habilitação, sujeitará a Credenciada às penalidades cabíveis.

1.5.10. Quando da assinatura do contrato a adjudicatária deverá apresentar:

1.5.10.1 registro dos planos apresentados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, contendo as características definidas no Anexo I – Projeto Básico.

1.5.10.2 comprovação da rede de atendimento de acordo com o plano ofertado, conforme subitem 8.3.3 deste Termo de Referência, por meio de registro do(s) plano(s) na ANS e descritivo detalhado da rede por plano.

1.5.10.2.1 o descritivo acima deverá ser entregue impresso ou em meio óptico, garantindo que está em funcionamento e indicando quais prestadores de serviços e/ou estrutura própria cumprem o que foi solicitado, contendo nome do prestador e descrevendo sua estrutura.

1.5.10.3 para os planos de Saúde da Família (Plano 3 e Plano 4), registro do plano ou documento equivalente que garanta o funcionamento do modelo conforme descrito no subitem 5.6 do Anexo I – Projeto Básico.

1.5.10.4. Declaração da Lei Orgânica, conforme modelo Anexo VIII.

1.5.11 O contrato, se necessário, será reajustado mediante iniciativa do Contratado, desde que observados o interregno mínimo de 1 (um) ano, com data-base vinculada à data do orçamento estimado, tendo como base a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

1.5.12. O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da Contratação e reajuste de preços.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. Justifica-se a contratação da seguinte forma:

A presente contratação justifica-se pela necessidade de garantir a continuidade, eficiência e adequação da assistência à saúde suplementar destinada aos servidores públicos municipais e seus dependentes, em consonância com as competências atribuídas à Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado – SUPREV, nos termos do Decreto Municipal nº 16.682/2017, que dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG.

Nos termos do referido normativo, compete à SUPREV planejar, coordenar e acompanhar a

implementação das políticas relacionadas à gestão previdenciária, à saúde do segurado e ao plano de saúde dos servidores públicos municipais, incluindo o monitoramento e fiscalização das ações correlatas à assistência e promoção da saúde dos beneficiários.

Nesse contexto, a contratação de operadoras de plano de saúde tem por finalidade assegurar atendimento médico-hospitalar e ambulatorial contínuo, adequado e eficiente aos servidores públicos municipais, ativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes, promovendo melhores condições de saúde, qualidade de vida e bem-estar funcional.

A necessidade da contratação decorre, ainda, da elevada demanda por serviços assistenciais de saúde, bem como da impossibilidade de a Administração Pública suprir diretamente, com estrutura própria, a integralidade dos atendimentos necessários, especialmente diante da complexidade operacional, logística, técnica e assistencial inerente à prestação de serviços de saúde suplementar.

A ausência da contratação poderá comprometer a continuidade da assistência à saúde dos beneficiários, ocasionando desassistência médica, interrupção de tratamentos, aumento do absenteísmo, prejuízos à saúde ocupacional dos servidores e impactos negativos na eficiência da prestação dos serviços públicos municipais.

Além disso, a disponibilização de assistência à saúde suplementar contribui para a promoção da saúde preventiva, redução de afastamentos laborais, melhoria das condições de trabalho e valorização dos servidores públicos, refletindo diretamente na eficiência administrativa e no interesse público.

O serviço possui natureza continuada, caráter essencial e demanda permanente, considerando que a utilização dos serviços de saúde ocorre de forma ininterrupta e imprevisível, abrangendo consultas, exames, procedimentos ambulatoriais, internações, atendimentos de urgência e emergência, terapias e demais serviços correlatos indispensáveis à manutenção da saúde dos beneficiários.

Dessa forma, a contratação mostra-se necessária e indispensável para assegurar a continuidade da política de assistência à saúde dos servidores públicos municipais, observando os princípios da eficiência, continuidade do serviço público, economicidade e interesse público, em conformidade com a legislação vigente.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1. A solução objeto do presente Termo de Referência consiste na contratação de operadoras de plano de saúde devidamente registradas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, visando atender às necessidades da Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado – SUPREV no que se

refere à assistência suplementar à saúde dos servidores públicos municipais, ativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes.

A solução proposta busca assegurar atendimento médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial e demais serviços correlatos de forma contínua, eficiente e adequada, promovendo a manutenção da saúde, prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida e redução dos impactos decorrentes de afastamentos e absenteísmo no âmbito da Administração Pública Municipal.

3.2. A solução contempla todas as etapas do ciclo de vida da contratação, conforme descrito a seguir:

1. Planejamento e Preparação (Pré-contratação)

- Levantamento da estimativa de beneficiários vinculados ao plano de saúde, considerando servidores ativos, aposentados, pensionistas e dependentes.
- Definição das coberturas assistenciais, segmentações, abrangência geográfica, rede credenciada e padrões mínimos de atendimento necessários ao adequado atendimento dos beneficiários.
- Estabelecimento de critérios técnicos, operacionais e econômico-financeiros para seleção das operadoras, observando a legislação vigente e as normas regulamentadoras da saúde suplementar.
- Definição de parâmetros de desempenho, qualidade do atendimento, prazos de autorização e atendimento aos beneficiários.

2. Execução e Utilização dos Serviços (Durante a Contratação)

- Disponibilização contínua de assistência médica, hospitalar e ambulatorial aos beneficiários, incluindo consultas, exames, internações, terapias, atendimentos de urgência e emergência e demais procedimentos previstos no rol da ANS.
- Garantia de rede credenciada adequada e suficiente para atendimento da demanda, observando critérios de qualidade, acessibilidade e eficiência.
- Disponibilização de canais de atendimento e suporte aos beneficiários, inclusive meios digitais para consulta de rede, autorizações e acompanhamento de demandas.
- Manutenção de mecanismos de regulação e controle assistencial, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços prestados.

3. Monitoramento e Fiscalização Contratual

- Acompanhamento permanente da execução contratual pela equipe técnica da contratante, com monitoramento de indicadores de desempenho, qualidade e satisfação dos usuários.
- Fiscalização da regularidade da rede credenciada, dos prazos de atendimento e do cumprimento das obrigações contratuais e regulatórias.

- Realização de avaliações periódicas e auditorias, quando necessário, visando garantir a eficiência, economicidade e adequação dos serviços prestados.

4. Encerramento e Transição Contratual

- Garantia da continuidade da assistência aos beneficiários durante eventual transição contratual, evitando descontinuidade dos tratamentos e prejuízos aos usuários.
- Disponibilização de relatórios gerenciais e consolidados de utilização dos serviços, conforme exigências da contratante.
- Observância das normas relativas à proteção de dados pessoais e sigilo das informações dos beneficiários, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD.

A contratação proposta contribui diretamente para a promoção da saúde e do bem-estar dos servidores públicos municipais, proporcionando maior segurança assistencial, prevenção de agravos à saúde, melhoria das condições laborais e valorização do quadro funcional, refletindo positivamente na continuidade e eficiência da prestação dos serviços públicos municipais.

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. Da vistoria

4.1.1. Não há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução do serviço.

4.2. Subcontratação

4.2.1. É vedada a subcontratação completa ou da parcela principal do objeto da contratação, exceto na hipótese de serviço secundário que não integre a essência do objeto, desde que expressamente autorizada pelo Contratante, mantida em qualquer caso a integral responsabilidade da Contratada;

4.2.1.1. A subcontratação depende de autorização prévia do Contratante, a quem incumbe avaliar se o subcontratado cumpre os requisitos de qualificação técnica necessários para a execução do objeto.

4.2.1.2. O Contratado apresentará à Administração documentação que comprove a capacidade técnica do subcontratado, que será avaliada e juntada aos autos do processo correspondente.

4.2.2. Em qualquer hipótese de subcontratação, permanece a responsabilidade integral do Contratado pela perfeita execução contratual, cabendo-lhe realizar a supervisão e coordenação das atividades do subcontratado, bem como responder perante o Contratante pelo rigoroso cumprimento das obrigações contratuais correspondentes ao objeto da subcontratação.

4.2.3. É vedada a subcontratação de pessoa física ou jurídica, se aquela ou os dirigentes e empregados desta mantiverem vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade Contratante ou com agente público que desempenhe função na contratação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou se deles forem cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral, ou por afinidade, até o terceiro grau.

4.3. Da participação de consórcios:

4.3.1. Não será permitida a participação de empresas reunidas em consórcio, em razão da baixa complexidade do serviço a ser prestado, considerando que as empresas que atuam no mercado têm condições de prestar o serviço de forma independente.

4.4. Garantia Contratual

4.4.1. Exigir-se-á da Credenciada, previamente à assinatura do contrato, a prestação de garantia no percentual de 0,3% (três décimos por cento) do valor global contratado (subsídios e despesas extra-orçamentárias), podendo optar por uma das modalidades previstas no art. 96 da Lei nº 14.133/2021.

4.4.1.1 Será dispensada a prestação de garantia para os casos em que o valor for inferior a R\$ 1.000,00 (Um mil reais) nos termos dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, haja vista reduzido vulto financeiro em relação ao valor global do contrato.

4.4.1.2. A opção pela modalidade de garantia será feita quando da convocação pela Administração Municipal.

4.4.1.3. Caso seja feita opção pela modalidade caução em dinheiro, a mesma deverá ser recolhida obrigatoriamente na Caixa Econômica Federal (Banco 104), através da Conta Nº 574434099-4 – Agência 0093-0.

4.4.1.4. Caso seja feita opção pela modalidade de seguro garantia, a Credenciada terá o prazo de 1(um) mês da data da homologação da licitação e antes da assinatura do contrato, para apresentar a garantia ao Contratante.

4.4.1.5. Caso seja feita opção pela modalidade de fiança bancária, esta deverá ser emitida por banco ou instituição financeira devidamente autorizada a operar no País pelo Banco Central do Brasil.

4.4.1.6. Caso a opção seja por utilizar títulos da dívida pública, estes deverão ser emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco

Central do Brasil – BCB -, e avaliados pelos seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia.

4.4.1.6.1. A garantia prevista acima deverá ser efetuada em banco público controlado pela União.

4.4.1.6.2. A fim de comprovar o valor econômico do título, o Contratado deverá apresentar a correspondente memória de cálculo, bem como a previsão legal da Secretaria do Tesouro Nacional – STN – ou equivalente.

4.4.1.6.3. Na hipótese de vencimento do título, a garantia deverá ser substituída, facultando-se ao Contratado a escolha de uma nova modalidade dentre as previstas no art. 96 da Lei nº 14.133/2021.

4.4.1.7. Caso a opção seja por utilizar o título de capitalização, este deverá ser comercializado pelas sociedades de capitalização regularmente autorizadas a operar pela Superintendência de Seguros Privados – Susep.

4.4.176.1. O título poderá ser na modalidade instrumento de garantia, disciplinada pela Resolução nº 384 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP –, de 9 de junho de 2020, ou pela que vier a lhe substituir.

4.4.1.7.2. Em caso de quebra do contrato principal, o título deve possibilitar ao cessionário o resgate, a qualquer tempo, do valor total garantido em contrato enquanto durar sua vigência.

4.4.1.7.3. O título deverá conter cláusula que assegure o pagamento à administração pública em caso de inadimplência do Contratado.

4.4.1.7.4. Na ficha de cadastro deverá constar em destaque a mensagem: “Este título será utilizado exclusivamente para assegurar o cumprimento de obrigação assumida, em contrato principal, pelo titular perante terceiro”.

4.4.2. O instrumento de garantia deverá ter prazo de vigência, no mínimo, igual ao do contrato principal a que se refere, devendo acompanhar as modificações relativas à vigência deste.

4.4.2.1. Nas contratações de obras e serviços de engenharia, o prazo de vigência tratado acima deverá ser, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias superior ao do instrumento a que se refere.

4.4.2.2. O prazo de vigência da apólice do seguro-garantia acompanhará as modificações referentes à vigência do contrato principal mediante a emissão do respectivo endosso ou de nova apólice pela seguradora.

4.4.2.2.1. O seguro-garantia continuará em vigor mesmo se o contratado não tiver pago o prêmio nas datas convencionadas.

4.4.3. A garantia assegurará, qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:

- a) prejuízos advindos do não cumprimento do objeto do contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas;
- b) multas moratórias e punitivas aplicadas pelo Contratante ao Contratado; e
- c) obrigações trabalhistas e previdenciárias de qualquer natureza e para com o FGTS, não adimplidas pelo Contratado, quando couber.

4.4.3.1. A modalidade seguro-garantia somente será aceita se contemplar todos os eventos indicados no subitem acima, observada a legislação que rege a matéria.

4.4.4. Nos casos de contratos que impliquem a entrega de bens pela Administração, dos quais o Contratado ficará depositário, o valor desses bens deverá ser acrescido ao valor da garantia.

4.4.5. Na hipótese de suspensão do contrato por ordem ou inadimplemento da Administração, o Contratado ficará desobrigado de renovar a garantia ou de endossar a apólice de seguro até a ordem de reinício da execução ou o adimplemento pela Administração.

4.4.6. Deverão ser destacados e especificados no instrumento de garantia os valores e vigências das cláusulas referentes a riscos, no caso em que o contrato contemplar matriz de riscos.

4.4.7. A garantia oferecida poderá ser substituída por outra de modalidade diferente em virtude de mudança de seguradora ou instituição bancária, acréscimo ou redução do valor previsto no contrato, bem como no caso prorrogação;

4.4.7.1. A substituição deverá ser autorizada pelo Contratante e conterá os dados necessários da garantia a ser substituída;

4.4.7.2. No caso da substituição da garantia contratual prestada na modalidade caução, o processo de devolução deverá ser aberto a pedido do Contratado.

4.4.8. Nos casos de aditamento do contrato com alteração de valor e/ou prorrogação de vigência, o Contratado entregará ao Contratante a comprovação do recolhimento da garantia, de acordo com a modalidade escolhida, antes da assinatura do aditamento e/ou do início da prorrogação.

4.4.8.1. No aditamento do valor contratual, a garantia apresentada pelo Contratado deverá contemplar o

valor original acrescido dos reforços.

4.4.8.2. Nos casos de prorrogação de vigência em que também haja aditamento no valor contratual, deve-se considerar, para fins de comprovação do recolhimento da garantia, o prazo anterior à assinatura do aditamento.

4.4.9. Nos contratos de execução continuada ou de fornecimento contínuo de bens e serviços, será permitida a substituição da apólice de seguro-garantia na data de renovação ou de aniversário, desde que mantidas as mesmas condições e coberturas da apólice vigente e desde que nenhum período fique descoberto, ressalvado o disposto no subitem 4.4.5.

4.4.10. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, o Contratado obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da data em que for notificada.

4.4.11. A garantia prestada pelo Contratado será liberada ou restituída após a fiel execução do contrato ou após sua extinção por culpa exclusiva do Contratante.

4.4.11.1. A devolução da caução em dinheiro será realizada mediante depósito em conta bancária, com correção monetária, até o mês da disponibilização, pelos índices oficiais adotados para atualização dos débitos com a Fazenda Pública Municipal.

4.4.11.2. É responsabilidade exclusiva do contratado solicitar a restituição da caução em dinheiro, respeitado o prazo prescricional de 5 (cinco) anos.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1. Regime de execução: empreitada por preço unitário.

5.2. As especificações, condições, prazos e locais para execução do objeto encontram-se no Anexo I – Projeto Básico.

6. GESTÃO DO CONTRATO

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133/2021 e do Decreto nº 18.324/2023, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução

será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.3. As comunicações entre o órgão ou entidade e o Contratado devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.4. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução do Contratado, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

6.6. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelo(s) respectivo(s) substituto(s), na forma do Decreto Municipal nº 18.324/2023 e do artigo 117 da Lei nº 14.133/2021.

7. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO/PAGAMENTO

7.1 O pagamento referente ao subsídio do Município e o repasse das contribuições dos planos de saúde e ou odontológicos referentes ao desconto em folha dos agentes públicos serão realizados observando-se o seguinte:

7.1.1. A(s) contratada(s) deverá(ão) disponibilizar a nota fiscal à gestora do plano de saúde, em conformidade com a legislação vigente, até o 7º (sétimo) dia útil subsequente ao mês de prestação do serviço, desde que a gestora disponibilize o arquivo com as divisões dos valores referente à margem consignável, margem não consignável e subsídio até o 5º (quinto) dia útil. Caso contrário, serão concedidos 02 (dois) dias úteis para o processamento, a contar da data de entrega do arquivo.

7.2. O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias do adimplemento de cada parcela.

7.3. Os documentos fiscais deverão, obrigatoriamente, discriminar a prestação dos serviços realizada e o período da execução.

7.4. A(s) Contratada(s) deverá(ão) emitir nota fiscal/fatura conforme legislação vigente.

7.5. Será verificada a regularidade fiscal das Credenciadas, mediante consulta on-line da sua situação junto

ao Sistema Único de Cadastro de Fornecedores - SUCAF.

7.6. Havendo irregularidades na emissão da nota fiscal/fatura o prazo para pagamento será contado a partir da sua reapresentação devidamente regularizada.

7.7. O pagamento de quaisquer valores relativos ao custeio de plano de saúde descontados em folha pagamento dos agentes públicos, na forma de consignação facultativa, estará sujeito à retenção de 0,30% (trinta centésimos por cento) a que alude o artigo 9º do Decreto Municipal 18.638/2024 e suas alterações.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

8.1. Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

8.1.1. A seleção das operadoras ocorrerá por meio de procedimento auxiliar de credenciamento, nos termos da Lei nº 14.133/2021, visando o credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, mediante condições padronizadas previamente definidas pela Administração Pública, observados os requisitos de habilitação, qualificação técnica e demais exigências estabelecidas no Edital e seus anexos.

8.1.2 A Comissão de Credenciamento examinará os documentos e considerará habilitados os licitantes que satisfizerem às exigências constantes deste Edital, inabilitando-os em caso contrário.

8.1.3. Dentro do prazo de vigência do presente Edital, será permitido o credenciamento, a qualquer tempo, de qualquer interessado que preencha os requisitos e exigências nele contidos.

8.1.4. Os interessados no credenciamento deverão realizá-lo única e exclusivamente por meio do portal de serviços do Município <https://servicos.pbh.gov.br>.

8.2. Exigências de habilitação

Para fins de habilitação, o interessado deverá encaminhar juntamente com Formulário de requerimento de Credenciamento, os documentos relacionados abaixo e as declarações conforme modelo Anexo VII, os quais deverão comprovar sua regularidade na data da abertura do certame, nos termos do art. 34 c/c § 6º-A do art. 37 do Decreto Municipal nº 18.289/2023, salvo na ocorrência do previsto no § 1º do art. 43 da LC nº 123/06.

8.2.1. Habilitação jurídica

8.2.1.1 Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

8.2.1.2. Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;

8.2.1.3. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

8.2.1.4. Sociedade empresária estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020;

8.2.1.5. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;

8.2.1.6. Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

8.2.1.7. Sociedade cooperativa: ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971;

Observação: Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

8.2.2. Habilitação fiscal, social e trabalhista

8.2.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

8.2.2.2. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

8.2.2.3. Prova de regularidade para com as Fazendas federal, estadual/distrital e Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

8.2.2.4. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

8.2.2.5. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943;

8.2.2.6. Declaração expressa de que o licitante não emprega trabalhador menor nas situações previstas no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição da República.

Observação: Os documentos referidos acima poderão ser substituídos ou supridos, no todo ou em parte, por outros meios hábeis a comprovar a regularidade do licitante, inclusive por meio eletrônico.

8.2.3. Qualificação Econômico-Financeira

8.2.3.1 Certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante.

8.2.3.1.1. Na hipótese em que a certidão for positiva, caso a empresa se encontre em recuperação judicial ou extrajudicial, deve o licitante apresentar comprovante da homologação/deferimento, pelo juízo competente, do plano de recuperação em vigor.

8.2.4. Qualificação Técnica

8.2.4.1 Autorização de Funcionamento nos termos da Resolução Normativa ANS nº 100, de 03 de junho de 2005, e suas alterações.

8.2.4.2 Atestado(s) de Capacidade Técnica, emitido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando que o licitante presta ou prestou serviços de natureza compatível com o objeto deste certame, e que represente:

a) **para os planos 01 a 05**, no mínimo 50% do quantitativo de beneficiários dos planos atualmente contratados, para cada plano ao qual deseja se candidatar, conforme tabela a seguir:

QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS				No contrato atual	Quantitativo mínimo para atestado(s)
Tipo	Descrição	Acomodação	Rede		
Plano 1	Ambulatorial /	Enfermaria	Rede	24.018	12.009

	Hospitalar com Obstetrícia		Preferencial		
Plano 2	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Enfermaria	Rede Ampla	21.133	10.566
Plano 3	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Enfermaria	Rede Preferencial	18.44	922
Plano 4	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Apartamento	Rede Preferencial	404	202
Plano 5	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Apartamento	Rede Ampla	14.368	7.184

b) **para o plano 06 (plano odontológico)** no mínimo, 30% do quantitativo de beneficiários de planos odontológicos do contrato atual, conforme tabela:

QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS		No contrato atual	Quantitativo Mínimo para atestado(s)
Tipo	Descrição		
Plano 6	Odontológico	34.301	10.290

c) Para o plano 07 - Transporte Aeromédico será exigido que a operadora apresente comprovação que ela presta este tipo de serviço em outros contratos semelhantes.

8.2.4.3 Tais informações serão aferidas através dos dados do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, disponibilizadas no ANS TABNET ou Sala de Situação, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.2.4.4 Será permitido o somatório de atestados para efeito da comprovação das alíneas “a” e “b” desde que os contratos estejam ativos.

8.2.4.5.O(s) atestado(s) de capacidade técnica poderá(ão) ser apresentado(s) em nome da empresa, com CNPJ da matriz e/ou da(s) filial(ais) do licitante.

8.2.4.6 Não será(ão) aceito(s) atestado(s) de capacidade técnica emitido(s) pelo próprio licitante.

8.2.4.7.Os atestados ou certidões deverão estar emitidos em papel timbrado do(s) Órgão(s) ou da(s) Empresa(s) que o expediram, ou deverão conter carimbo do CNPJ do(s) mesmo(s) ou outra informação

que permita a devida identificação do emitente.

8.2.4.8. Não serão aceitos atestados ou certidões de capacidade técnica emitidos pelo próprio licitante.

8.2.5. Declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

8.2.5.1. Para efeito de validação da declaração será realizada consulta junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (<https://certidoes.sit.trabalho.gov.br/pcdreab>) e no caso de a certidão apresentar percentual inferior do previsto no art. 93 da Lei nº 8.213/91, a empresa poderá ser inabilitada.

8.3. Dos critérios de aceitabilidade da proposta ajustada

8.3.1. A Credenciada deverá apresentar Proposta de Preço Ajustada, conforme modelo constante no Anexo III.

8.3.2. A proposta de preços ajustada deverá conter:

8.3.2.1. Razão social, n.º do CNPJ, endereço, telefone e endereço eletrônico da Credenciada;

8.3.2.2. Modalidade e número da licitação;

8.3.2.3. Especificação sucinta do objeto;

8.3.2.4. descrição sucinta do objeto licitado, conforme exigência deste edital e anexos;

8.3.2.5. valores para todas as faixas etárias de cada plano de interesse e valores de coparticipação por evento, (para os planos 1 ao 5), conforme modelo de proposta de preços – Anexo III

8.3.2.5.1. os valores unitários devem ser apresentados em moeda corrente nacional e por extenso com no máximo 02 (duas) casas decimais.

8.3.2.5.2. valores para todas as faixas etárias de cada plano de interesse e valores de coparticipação por evento, (para os planos 1 ao 5);

8.3.2.5.3 Para cada plano a ser credenciado (com exceção do Plano Odontológico e Transporte Aeromédico), as PROPONENTES deverão apresentar um quadro de coparticipação, conforme Anexo III – Modelo de Proposta de Preços. Este quadro deverá ser apresentado

junto com os valores do plano, separadamente para cada plano a ser credenciado (planos 1 a 5).

8.3.2.6. A PROPONENTE deverá observar as seguintes condições de variação em cada mudança de faixa etária (com exceção do Plano Odontológico e Transporte Aeromédico):

- a) valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

8.3.2.7. Os valores de cada faixa etária devem ser apresentados em moeda nacional, em algarismo e por extenso, com no máximo 02 (duas) casas decimais após a vírgula.

8.3.2.8. Não serão aceitas cotações com valores com mais de duas casas decimais. Caso ocorra, os valores poderão ser arredondados pela Comissão de Credenciamento para menor. Caso o licitante não aceite tal arredondamento, a sua proposta será desclassificada

8.3.3. Juntamente com a proposta de preços, sob pena de desclassificação, o licitante deverá apresentar:

8.3.3.1. Declaração de que a operadora de saúde seja participante do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e na avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS – e tenha obtido índice igual ou superior à 0,75, no último ano de resultados publicados pela ANS 2025 (ano base 2024), para todas operadoras que o ofertarem os produtos assistenciais, e índice igual ou superior a 0,70, para as operadoras de planos odontológicos.

8.3.3.2. Declaração descritiva que possui Rede Preferencial contendo, minimamente, 03 (três) ou mais hospitais gerais somando, no mínimo, 330 (trezentos e trinta) leitos, 01 (um) hospital pediátrico, 02 (dois) hospitais maternidade, 01 (um) hospital psiquiátrico, 02 (duas) unidades de pronto atendimento com, ao menos, uma com plantão 24 (vinte e quatro) horas de cardiologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, doenças respiratórias, análises clínicas e radiologia, 02 (duas) unidades de pronto atendimento pediátrico, 01 (uma) unidade de pronto atendimento oftalmológico para os planos assinalados como rede preferencial no item 5.4 do Anexo I Projeto Básico.

8.3.3.3. Declaração Descritiva que possui Rede Ampla contendo, minimamente, 06 (seis) ou mais hospitais gerais somando 660 (seiscentos e sessenta) leitos, 01 (um) hospital pediátrico, 02 (dois) hospitais maternidade, 01 (um) hospital psiquiátrico, 05 (cinco) unidades de pronto atendimento com, ao menos,

uma com plantão 24 (vinte e quatro) horas de cardiologia, neurocirurgia, neurologia, ortopedia, doenças respiratórias, análises clínica e radiologia, 03 (três) unidades de pronto atendimento pediátrico, 01 (uma) unidade de pronto atendimento oftalmológico para os planos assinalados como rede ampla no item 5.4 do Anexo I Projeto Básico.

8.3.3.4. Ao menos uma unidade própria para atendimento na RMBH, além da rede preferencial mínima, explicitada na alínea “b” do item 8.3.3 deste Edital, para as PROPONENTES que optarem por Planos de Saúde da Família (planos 3 e 4)

8.3.3.5. Apresentar registro válido, provisório ou definitivo, de seus produtos registrados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

8.3.3.5.1. Para fins de verificação do registro do produto junto à ANS, deverá haver prévia inscrição dos estabelecimentos hospitalares vinculados à Credenciada na ANS, conforme estabelece o inciso V do “caput” do art. 8º, o inciso II do “caput” do art. 9º e o inciso VIII do § 3º do art. 19 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como o art. 5º da Instrução Normativa nº 11, de 7 de junho de 2005;

8.3.4 Somente serão aceitas as propostas que atenderem integralmente as especificações técnicas e condições impostas neste Edital e seus anexos.

8.3.5 A proposta da PROPONENTE deverá observar os valores máximos indicados no Anexo II deste termo de referência.

8.3.6 Os valores das mensalidades serão definidos por cada operadora de acordo com cada tipo de plano de saúde, seguindo as faixas etárias determinadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

8.3.7 Não serão admitidas cobranças de taxas adicionais seja a que título for.

9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência do Contratado, sujeitando-o às penalidades previstas no Decreto Municipal nº 18.096/2022, sem prejuízo de eventual responsabilidade civil e criminal.

10. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

10.1. Considerando a forma de pagamento, a despesa com subsídio será orçamentária e a despesa de custeio por parte do agente público será extra-orçamentária.

10.2. Valores estimados da despesa orçamentária e da despesa extra-orçamentária:

ÓRGÃO	Despesa Orçamentária / Subsídio	Despesa Extra-Orçamentária / Custeio por parte do agente público	Total
BELOTUR	R\$ 563.937,78	R\$ 368.516,61	R\$ 932.454,39
BHTRANS	R\$ 7.905.177,07	R\$ 4.865.887,50	R\$ 12.771.064,57
CMBH	R\$ 1.080.340,28	R\$ 4.284.471,21	R\$ 5.364.811,49
FMC	R\$ 75.667,19	R\$ 1.040.780,32	R\$ 1.116.447,51
FPMZB	R\$ 152.222,73	R\$ 886.917,32	R\$ 1.039.140,05
HOB	R\$ 2.082.027,46	R\$ 7.223.318,09	R\$ 9.305.345,55
PBH	R\$ 42.711.127,83	R\$ 223.761.604,62	R\$ 266.472.732,45
PBH ATIVOS	R\$ 11.052,59	R\$ 151.958,84	R\$ 163.011,43
PRODABEL	R\$ 4.267.242,63	R\$ 3.194.315,06	R\$ 7.461.557,69
SLU	R\$ 2.250.476,16	R\$ 4.223.659,77	R\$ 6.474.135,93
SUDECAP	R\$ 3.661.263,12	R\$ 2.237.832,25	R\$ 5.899.095,37
SUMOB	R\$ 2.549,76	R\$ 43.961,50	R\$ 46.511,26
URBEL	R\$ 2.808.587,30	R\$ 1.537.746,55	R\$ 4.346.333,85
Total Geral	R\$ 67.571.671,90	R\$ 253.820.969,64	R\$ 321.392.641,54

10.2.1. O valor total estimado do Credenciamento, somando-se despesa orçamentária e despesa extra-orçamentária da Administração Direta e Indireta, é de R\$ 321.392.641,54 (trezentos e vinte e um milhões, trezentos e noventa e dois mil, seiscentos e quarenta e um reais e cinquenta e quatro centavos).

10.2.2. O valor total estimado para a despesa orçamentária da Administração Direta e Indireta é de R\$ 67.571.671,90 (sessenta e sete milhões, quinhentos e setenta e um mil, seiscentos e setenta e um reais e noventa centavos).

10.2.3. O valor total estimado para a despesa extra-orçamentária da Administração Direta e Indireta é de R\$ 253.820.969,64 (duzentos e cinquenta e três milhões, oitocentos e vinte mil, novecentos e sessenta e nove reais e sessenta e quatro centavos).

10.3 Para efeitos de lançamento do Credenciamento no sistema do Município, GRP-BH – Solução Integrada de Gestão, considera-se o valor do item 10.2.1, ressaltando-se que cada Ente celebrará instrumento jurídico pertinente para uso do objeto do presente procedimento.

10.4. O valor dos contratos decorrentes do presente Credenciamento será estimado, considerando-se a soma dos valores unitários de cada tipo de plano, de acordo com as características e regras de cada plano, com o interesse dos agentes públicos em aderir a algum plano de saúde ou odontológico.

12. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1. As despesas decorrentes do presente procedimento serão acobertadas pelas seguintes dotações orçamentárias:

SMPOG - 0600.001400034.04.331.0014.2021.0002.339039.49.1500000.0000 - Reduzido 06000058.

SUPREV - 0614.001400034.09.122.0026.2871.0001.339039.49.1802000.0000 - Reduzido 06140010.

SUMOB: 3501.002900018.26.452.0060.2567.0002.339008.01.1501784.0000 - Reduzido 35010029

Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte S/A – PRODABEL -
0604.1100.19.122.085.2900.0001.339008.01.1.500.000.0000

Hospital Metropolitano Odilon Behrens - -

2301.002400007.10.302.0030.2620.0001.339008.01.1659002.0000 - Reduzido 23010004

2301.002400022.10.122.0030.2900.0001.339008.01.1659002.0000 - Reduzido 23010033

2301.002400034.10.302.0030.2875.0001.339008.01.1659002.0000 - Reduzido 23010066

Fundação de Parques Municipais e Zoobotânica -

2505.1100.18.541.073.2.900.0001.339008.01.1.500.000.0000

Superintendência de Desenvolvimento da Capital – SUDECAP -

2702.1100.15.122.057.2584.0001.339008.01.1.500.000

Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte URBEL

703.002500014.16.482.007.2900.0001.339008.01.1.500.000 CO: 0000 - Reduzido: 27030005

Superintendência de Limpeza Urbana – SLU -

2708.1100.17.512.046.2.900.0001.339008.01.1.500.000.0000 - Reduzido: 27080015

Empresa Municipal de Turismo de Belo Horizonte S/A – BELOTUR -

2805.1100.23.695.086.2.900.0001.339008.01.1.500.000

Fundação Municipal de Cultura - 31030090 - 3103.1100.13.122.146.2900.0001.339008-01 1.500.000
CO:0000

BHTrans Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S.A -

3503.1100.26.452.060.2567.2.33.9008.1.500.000

Câmara Municipal de Belo Horizonte - 01.01.01.031.001.2001.339008-01

12.2 Novas dotações serão incluídas à medida que outros entes da Administração Indireta passarem a usar do credenciamento

12.3. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

13. UNIDADE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO/FISCALIZAÇÃO

Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado (DGSA/SUPREV).

14. DOS ANEXOS

15.1. Integram este Termo de Referência, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

- Anexo I – Projeto Básico;
- Anexo II – Critérios de Precificação;
- Anexo III – Modelo de Proposta de Preços;
- Anexo IV – Distribuição dos Beneficiários;
- Anexo V – Glossário;
- Anexo VI – Requerimento de Credenciamento
- Anexo VII – Termo de Descredenciamento
- Anexo VIII Declarações;
- Anexo IX – Modelo de Declaração da Lei Orgânica.

Belo Horizonte, 25 de junho de 2026

Gilberto Alexandre Francisco

Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado – DGSA

Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado – SUPREV

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG

Gleison Pereira de Souza

Subsecretário de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado - SUPREV

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1. OBJETO

1.1. Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana Belo Horizonte, aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, da Administração direta e indireta do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A., bem como aos respectivos dependentes e pensionistas, que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano/seguro por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados.

1.2. Para fins deste Credenciamento, o conceito de Município abrangerá:

1.2.1. Poder Executivo: agentes públicos, ativos e inativos, vinculados às entidades da Administração Direta e Indireta e da PBH Ativos S/A.

1.2.2. Poder Legislativo: agentes públicos, ativos e inativos.

1.3. Para fins deste Credenciamento, o conceito de Agente Público abrangerá: pessoa legalmente investida em cargo ou emprego público, em caráter efetivo, em comissão, de natureza especial, ou em mandato.

1.4. A prestação dos serviços de assistência à saúde será disciplinada pelo Contrato e pelos termos deste Anexo, e em conformidade com a legislação em vigor, em especial com a Lei n.º 9.656/98 e as regulamentações complementares, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a Lei Municipal Nº 9.985/10, que autoriza a contratação e suas regulamentações, e o Decreto Municipal 15.573/14.

1.5. A prestação de serviços compreende consultas médicas; de fisioterapia, de nutrição, de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, internações hospitalares e obstétricas (sem limite de tempo e cobranças adicionais) e em clínicas psiquiátricas, cirurgias eletivas e de urgência, serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares, medicamentosos durante as internações, de diagnóstico, de terapia e atendimentos de urgência e emergência.

1.6. A prestação dos serviços será executada por meio de rede própria das Credenciadas ou por terceiros por ela credenciados, incluindo profissionais, hospitais, centros médicos, clínicas básicas e especializadas e laboratórios.

1.7. Todos os planos/seguros saúde oferecidos não admitirão agravo ou cobertura parcial temporária relacionada a doenças ou lesões preexistentes.

1.8. Os serviços conforme descritos no subitem 1.1 são caracterizados como continuados e necessários à Administração Municipal, cuja interrupção compromete a continuidade de suas atividades. Portanto, a sua contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro.

1.9. O custeio por parte dos agentes públicos, dos planos por estes contratados, será cobrado na forma de consignação em folha de pagamento, nos termos do Decreto Municipal 15.573/14 e suas alterações.

2. CREDENCIAMENTO

2.1. Uma vez credenciada, a operadora deverá garantir o atendimento do beneficiário pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, ou seja, a operadora não poderá se descredenciar unilateralmente durante o período de 12 (doze) meses.

2.2 Com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias do vencimento do contrato, a operadora poderá manifestar interesse pelo descredenciamento, que só ocorrerá a partir do primeiro dia útil após o aniversário da apólice, garantindo os tratamentos em curso, e respeitando ainda o prazo previsto no subitem 2.1.

2.3 O não-cumprimento das disposições do Edital de Credenciamento poderá acarretar o descredenciamento da Credenciada, garantindo o contraditório e a ampla defesa e sem prejuízo de outras sanções legais cabíveis

2.4 Fica facultada a defesa prévia da Credenciada, a ser apresentada no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da notificação de descredenciamento, devendo constar:

2.4.1 Justificativa plausível para os fatos apurados; e

2.4.2 Documentação comprobatória, quando for o caso.

2.6 A Credenciada não poderá solicitar o descredenciamento enquanto estiver em descumprimento contratual com o CREDENCIANTE, sendo obrigação daquele prestar todos os atendimentos e serviços que foram contratados a esta, estando em conformidade com o Edital de Credenciamento e legislação pertinente.

2.7 Uma vez descredenciada por descumprimento contratual, a entidade não poderá solicitar novamente seu credenciamento, durante a vigência do presente edital.

2.8. A abertura para novos credenciamentos se dará, durante todo o tempo de vigência do presente edital, respeitando-se os prazos estabelecidos no subitem 17.7 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.

3. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. As Credenciadas arcarão com o custo assistencial das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente e suas atualizações, assim como nas Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 13, de 1998, e demais Resoluções Normativas da ANS, de acordo com a cobertura obrigatória prevista pela ANS e legislação relacionada, compatível com cada tipo de plano a ser oferecido (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, odontológico).

3.2. Para os planos ambulatoriais, caso houver necessidade de internação, conforme Normativas da ANS e legislação correspondente, o plano credenciado estará obrigado a cobrir as primeiras 12 (doze) horas de pronto socorro e remoção em ambulância por conta da operadora para o SUS, sendo de responsabilidade única e exclusiva do plano a transferência em condições adequadas para instalações que garantam o tratamento adequado do beneficiário.

3.3. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, observados os seguintes serviços:

3.3.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.3.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

3.4. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

3.4.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas especializadas e psiquiátricas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.4.1.1. Condições diferenciadas para as internações em hospitais psiquiátricos deverão obedecer ao disposto na regulamentação da ANS, bem como, deverão constar de forma expressa em manual, guia e/ou outros documentos pertinentes entregues aos beneficiários.

3.4.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

3.4.3. diária de internação hospitalar;

3.4.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e de alimentação durante o período de internação;

3.4.5. Exames complementares indispensáveis para 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;

3.4.6. Taxas e materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

3.4.7. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), do maior de 60 (sessenta) anos, da mulher no pré-parto e pós-parto imediato e dos portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

3.4.8. Cirurgia plástica reparadora;

3.4.9. Cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

3.4.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

3.4.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

3.4.12. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular ou seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

3.4.13. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

3.4.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim, bem como os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, além das despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, quando couber, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

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

3.5. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

3.6. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, o ônus da internação em outro hospital, fora da rede de serviço, é de responsabilidade das Credenciadas.

3.7. As operadoras de planos de saúde deverão ofertar programas de Promoção e Prevenção à Saúde, devendo sua concepção e planejamento observar análise técnica conjunta com o Contratante, sem impacto financeiro adicional para o município.

3.8. Os programas deverão considerar, de forma integrada, o perfil epidemiológico da carteira de beneficiários, os indicadores de sinistralidade, bem como os dados de afastamentos e absenteísmo dos servidores municipais, com vistas ao alinhamento das ações às necessidades institucionais e à mitigação dos custos assistenciais.

3.9. Para a execução dos programas, cada operadora credenciada deverá destinar o montante correspondente a 0,5% (meio por cento) do faturamento anual do contrato vigente, admitida a sua aplicação de forma consolidada em ciclos semestrais.

3.10. As ações serão executadas pela Contratada e, elaboradas em conjunto com o Contratante.

3.10.1. O Contratante definirá, no primeiro e no sexto mês de vigência contratual, os eixos temáticos prioritários a serem executados no período subsequente, com base nos relatórios apresentados pela Contratada e nos dados institucionais disponíveis, assegurando a correlação entre perfil epidemiológico, sinistralidade e indicadores de afastamento e absenteísmo.

3.10.2. Para cada ciclo semestral, o Contratante encaminhará à Contratada, até o final do primeiro e do sexto mês de vigência contratual, as seguintes informações:

- a) objetivos do programa;
- b) definição da população-alvo;
- c) estratégias de captação dos participantes;
- d) local, metodologia de execução e cronograma das ações.

3.10.3. A Contratada disporá do prazo de até 30 (trinta) dias corridos para análise da demanda e apresentação de proposta técnica, podendo sugerir ajustes ou adequações devidamente fundamentados, bem como os custos correspondentes. A eventual recusa, total ou parcial, quanto à execução de ações propostas pelo Contratante deverá ser formalizada mediante justificativa técnica circunstanciada.

3.10.4. O Contratante terá o prazo de até 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento da proposta, para sua análise e validação final. Após aprovação, a Contratada deverá iniciar a execução das ações conforme cronograma pactuado.

3.10.5. O Contratante, por sua vez, terá 10 (dez) dias corridos, contados do recebimento da proposta, para validação final. Depois de vencidas essas etapas, a Contratada deverá dar início à execução dos programas.

3.10.6 Os programas deverão contemplar a disponibilização de materiais informativos e educativos, em formatos físico e digital, alinhados às diretrizes oficiais de saúde, em quantitativo suficiente para atendimento a todos os órgãos da Administração Municipal.

3.11. O Plano Odontológico deverá compreender a cobertura de todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica.

3.11.1. Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar.

3.11.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, para a segmentação odontológica, deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

4. EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998 (e suas alterações), as Resoluções do CONSU (e suas alterações) e as Resoluções Normativas da ANS (e suas alterações), e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente. São excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

4.1.3. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

4.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

4.1.5. inseminação artificial;

4.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

4.1.7. tratamentos em centros de SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

4.1.8. transplantes, à exceção de córnea, rim e os transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

4.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

4.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

4.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

4.1.12. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- 4.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - 4.1.14. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
 - 4.1.15. aparelhos ortopédicos;
 - 4.1.16. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
 - 4.1.17. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior; e
 - 4.1.18. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 4.2. As despesas extraordinárias (aquelas não previstas neste instrumento ou não sujeitas a cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo beneficiário, sem direito a ressarcimento pelas Credenciadas.
- 4.3. Não estão cobertos pelo Plano de Assistência à Saúde Suplementar os exames admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes.
- 4.4. As Credenciadas não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

5. TIPOS DE PLANOS/SEGUROS

- 5.1. Tipo de Contratação do Plano: O plano oferecido é empresarial, sendo facultativa a adesão, pelo beneficiário, copatrocinado pelo Município (contributário), em forma de desconto em folha, sendo a contribuição mensal por beneficiário, garantindo aos seus usuários assistência médica ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, de acordo com a cobertura obrigatória prevista pela ANS para cada tipo de plano.
- 5.2. Abrangência Geográfica: Trata-se de plano com abrangência geográfica de atendimento contemplando Belo Horizonte e região metropolitana, com atendimento de urgências e emergência, de abrangência nacional.
- 5.3. Acomodação: O plano oferecerá as seguintes opções de acomodação:
- a) quarto coletivo;
 - b) quarto individual;

c) acomodação de um acompanhante durante a internação de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos, sempre que possível, com acatamento do regime interno dos estabelecimentos hospitalares.

5.4. O quadro abaixo apresenta as derivações do plano em função das combinações oferecidas.

Tipo	Descrição	Acomodação	Rede
Plano 1	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Enfermaria	Rede Preferencial
Plano 2	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Enfermaria	Rede Ampla
Plano 3	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Enfermaria	Rede Preferencial
Plano 4	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia – Saúde da Família	Apartamento	Rede Preferencial
Plano 5	Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia	Apartamento	Rede Ampla
Plano 6	Odontológico	Não se aplica	Rede Ampla
Plano 7	Transporte Aeromédico	Não se aplica	Não se aplica

5.5. O Plano 6, Odontológico, poderá ser escolhido de forma opcional, independentemente da adesão ou não do usuário aos demais planos.

5.6. Planos 3 e 4 - Saúde da Família: definida pela vinculação ao serviço de atenção primária, a um médico de família e comunidade e equipe de atenção primária de referência em unidades próprias do Plano/Operadora Credenciada. Cada equipe será responsável por uma carteira de beneficiários que deverão ser divididas quantitativamente de acordo com sua complexidade, de forma que garanta o pronto atendimento desses na unidade quando necessário, além da captação ativa da população vinculada à equipe. A equipe deve ser composta, minimamente, por médico e profissional de enfermagem (nível superior) com especialização e/ou experiência em saúde da família. Cada equipe precisará disponibilizar de um meio de comunicação específico para sua carteira vinculada.

5.6.1. Caberá a esta equipe o gerenciamento do cuidado das pessoas a ela vinculadas, quanto à trajetória destas pessoas na rede de cuidados. O acesso aos outros níveis de atenção será sempre mediado e supervisionado pelo médico de família e comunidade, excetuando-se casos de urgência e emergência onde pronto-socorro deve ser procurado.

5.7. O Plano 7 compreende o serviço de transporte aéreo, com atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o território nacional, para a transferência ou remoção de pacientes, em caráter de urgência e/ou emergência, através de aeronaves, de uma unidade de saúde para um hospital que disponha de mais recursos para resolutividade médica. Trata-se de um serviço adicional e complementar ao plano assistencial.

5.7.1. Somente poderão aderir ao Plano 7 - Transporte Aeromédico os beneficiários que possuam os produtos assistenciais, planos 1, 2, 3, 4 ou 5.

5.8. O grupo familiar terá, obrigatoriamente, os mesmos planos escolhidos pelo titular.

6. ATENDIMENTO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

6.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal, quadros clínicos agudos, psiquiátricos ou de complicação no processo da gestação.

6.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

6.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, da admissão até a alta hospitalar.

6.4. As Credenciadas deverão possuir serviço de central telefônica gratuita (serviço de discagem direta gratuita - DDG) de atendimento de 24 (vinte e quatro) horas, 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando, também, auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação à rede credenciada.

6.5. O atendimento às urgências e emergências deverá ter abrangência nacional.

6.6. Em todo o território nacional, as Credenciadas deverão oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

6.7. As transferências de urgência que poderão ser atendidas pelo Plano 7 — Transporte Aeromédico são, no mínimo:

6.7.1. Transferência de urgência: a transferência de urgência é realizada quando o local em que o paciente se encontra não possui recursos para o tratamento e ele necessita ser transferido para o hospital mais próximo que ofereça os recursos adequados.

6.7.2. Repatriamento (retorno ao local de domicílio): realizado quando o retorno a um hospital da cidade de origem oferece benefícios reais de recuperação ao paciente e cumpre as regras de remoção.

6.7.3. Transporte neonatal: exclusivo para transporte de recém-nascidos, nas mesmas situações acima.

6.7.4. Possuir serviços, equipamentos e pessoal de UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

7. REMOÇÃO

7.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do beneficiário (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, respeitada a regra das urgências e emergências prevista no item 6 deste Anexo.

7.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o beneficiário não tiver direito à internação devido à carência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

7.2.1. 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.

7.2.2. Caberá às Credenciadas o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

7.2.3. As Credenciadas deverão disponibilizar os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

7.2.4. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no subitem 7.2.2, as Credenciadas estarão desobrigadas do ônus financeiro da remoção.

8. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das Credenciadas, 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 às Credenciadas efetuarem o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

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

8.3. A cobrança de coparticipação ficará a critério de cada operadora credenciada, para cada um de seus planos, sendo os valores máximos a serem cobrados por evento, para cada plano, estabelecidos no Anexo II - Critérios de Precificação.

8.3.1 Não serão admitidas cobranças de coparticipação para os planos 06 - Odontológico e 07 - Transporte Aeromédico.

8.4. Para os planos de saúde da família, os atendimentos realizados dentro das unidades de atenção básica não poderão resultar em cobrança de nenhum valor de coparticipação.

8.5. Eventuais reajustes dos valores máximos de coparticipação previstos neste Projeto Básico serão discutidos durante as repactuações e ficarão a cargo da gestão municipal.

8.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão, físico ou virtual, fornecido pelas Credenciadas dos planos de saúde.

8.7. As Credenciadas poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus beneficiários.

8.7.1. Nos casos em que as Credenciadas estabeleçam autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

8.7.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do pedido.

8.7.2.1. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Credenciada em questão, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos 02 (dois) demais profissionais.

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

8.8. Às Credenciadas 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 ao Município.

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

8.10. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das Credenciadas 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 Credenciada em questão providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

8.11. No caso de redimensionamento de rede hospitalar por redução é necessária autorização prévia da ANS.

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

8.13. A lista de prestadores de serviço deverá ser atualizada periodicamente pelas Credenciadas, e dada comunicação aos seus beneficiários.

8.14. As Credenciadas deverão informar, regularmente ou excepcionalmente em caso de alteração da rede, mantendo atualizados os meios de comunicação e informação ao usuário referente a rede de atendimento própria e/ou credenciada/referenciada, para todas as suas modalidades. A rede credenciada mínima deverá oferecer estabelecimentos em Belo Horizonte e Região Metropolitana, com especificidades quantitativas adequadas de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, etc., para atendimento aos beneficiários.

8.15. Os casos de urgência/emergência não necessitarão de liberação prévia de senha.

8.16. As Credenciadas não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

9. ADESÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

9.1. Qualquer beneficiário, a seu exclusivo critério, poderá solicitar adesão e exclusão nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar de que trata este instrumento.

9.2. Todos os beneficiários atuais da administração direta e indireta deverão realizar a nova adesão em um prazo de até 30 (trinta) dias após o início do cronograma de ativações, que será amplamente divulgado. Que poderá ser realizado por meio eletrônicos e/ou locais, a serem definidos, organizados e pela gestão municipal, de acordo com as regras a seguir:

9.2.1. Caso o titular queira fazer adesão de dependentes, todo o grupo familiar deverá ter os mesmos planos do titular; não será permitido que dependentes tenham planos diferentes do titular ou plano odontológico sem que o titular o tenha.

9.2.2. Caberá às operadoras credenciadas o fornecimento de material explicativo quanto aos seus planos e valores de maneira a esclarecê-los para o agente público.

9.2.3. Caberá à Gestora Contratada pelas operadoras realizar todas as inclusões das novas adesões em tempo hábil, de acordo com os prazos citados no item 9.2 e conforme as disposições do item 18 – Níveis de Serviços.

9.3. Uma vez realizada a adesão, o beneficiário não poderá mudar o plano escolhido e nem de operadora em um período de permanência inferior a 12 (doze) meses. Ao fim do qual, poderá fazer nova opção de adesão de operadora e níveis de planos.

9.4. O prazo para movimentações previstas no item 9.3 (mudança de plano e/ou de operadora) será de 30 (trinta) dias entre a vigência da data de cancelamento e a vigência da nova adesão, para garantir a absorção de carências, respeitadas as exceções previstas na Súmula Normativa nº 21 da multa compensatória.

9.5. Passados os prazos dos itens 9.2 e 9.4, todas as adesões de agentes públicos que já trabalham no Contratante deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.

9.6. Para os novos agentes públicos (novas contratações) será dado um prazo de até 60 (sessenta) dias da sua admissão para realização da adesão e inclusão aos planos credenciados, sem nenhuma carência. As inclusões realizadas fora deste prazo deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.

9.7. Caberá ao Município o fornecimento à empresa gestora, de arquivo mensal, contendo os dados suficientes para informar o vínculo dos agentes públicos com ele próprio, e demais dados obrigatórios do agente público necessários para garantir a adesão aos planos ofertados.

9.8. Caberá à Gestora:

9.8.1. Recepcionar até o dia 20 (vinte) ou próximo dia útil subsequente do mês corrente as solicitações de adesões de beneficiários, para vigência no primeiro dia do mês subsequente, sendo esse o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência (quando houver).

9.8.2. Recepcionar até o dia 20 (vinte) ou próximo dia útil subsequente do mês corrente as solicitações de exclusões de beneficiários, para vigência no primeiro dia do mês subsequente.

9.8.3. Transmitir aos sistemas das Credenciadas até o penúltimo dia útil do mês corrente as solicitações de adesões e de exclusões de beneficiários, para vigência no primeiro dia do mês subsequente.

9.9. São considerados beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:

9.9.1. Na qualidade de beneficiário titular:

- a) o agente público ativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- b) o agente público inativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, vinculado ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Belo Horizonte – RPPS, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- c) o agente público inativo da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal e do Poder Legislativo Municipal, vinculado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, desde que atendidas as condições especificadas em regulamento, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar;
- d) o pensionista, beneficiário de pensão por morte decorrente do óbito do servidor público ou do servidor inativo vinculado ao Regime Próprio de Previdência Social do Município de Belo Horizonte – RPPS, que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar.

9.9.2. Na qualidade de beneficiário dependente do beneficiário titular, elegível para percepção de subsídio:

- a) o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável com registro de certidão em cartório;
- b) o companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios para o reconhecimento da união estável;
- c) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

- d) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- e) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c” e “d”.

9.9.3. Na qualidade de beneficiário dependente do beneficiário titular, não elegível para percepção de subsídio:

- a) agregados: o pai ou padrasto, a mãe ou madrastra;
- b) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, que não atendam ao disposto no subitem 9.9.2, alínea “d”;
- c) os filhos e enteados acima de 24 (vinte e quatro) anos.

9.9.4. Não serão aceitas novas inclusões de beneficiários referidos no subitem 9.9.1, alíneas “b”, “c” e “d”, diferentes dos que já estão na apólice atual.

9.9.5. Não serão aceitas novas inclusões dos dependentes referidos no subitem 9.9.3, alínea “a”, diferentes dos que já estão na apólice atual.

9.9.6. A adesão e manutenção dos beneficiários elencados no subitem 9.9.3 estará condicionada ao custeio integral das respectivas despesas pelo beneficiário titular, sem subsídio do Município.

9.10. É assegurada a inclusão, com isenção do cumprimento dos períodos de carência:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do agente público, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento nascimento;
- b) do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com o aproveitamento dos períodos de carência eventualmente já cumpridos pelo beneficiário.

9.11. A adesão aos planos de saúde será facultativa, e somente poderá ser realizada mediante existência de margem consignável disponível e autorização do desconto em folha de pagamento pelo titular, nos termos do Decreto nº 15.573, de 23 de maio de 2014 e suas atualizações.

9.12. A adesão dos beneficiários titulares será feita mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", a ser fornecido pela Gestora, de acordo com as regras estabelecidas pela operadora e gestão municipal, no qual deve constar a opção por uma das operadoras credenciadas e um dos planos oferecidos pelas Credenciadas.

9.13. A adesão dos beneficiários dependentes será feita pelo respectivo beneficiário titular, mediante a assinatura de um "Termo de Adesão", de acordo com as regras deste instrumento, no qual deve constar a opção por um dos planos oferecidos pelas Credenciadas.

9.14. A adesão dos beneficiários dependentes não poderá se dar em planos distintos dos escolhidos pelo respectivo beneficiário titular, sendo o ônus decorrente da adesão de inteira responsabilidade do beneficiário titular, que deverá autorizar o competente desconto em folha de pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano escolhido, cabendo ao Município arcar com a responsabilidade do repasse desse pagamento.

9.15. Conforme o art. 6º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, “no plano privado de assistência à saúde coletiva empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante”. O Município estende esse prazo em até 60 (sessenta) dias da sua data de admissão, escrita em contracheque do agente público.

9.16. Os beneficiários titulares poderão solicitar sua exclusão voluntária ou de seu(s) dependente(s) do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante a assinatura de "Termo de Exclusão".

9.17.1. A exclusão do beneficiário titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

9.17. A exclusão do beneficiário se dará através de comunicação via sistemas do Contratante, Gestora e Credenciadas. Os beneficiários excluídos não serão obrigados a devolver seus cartões de identificação.

9.18. As exclusões compulsórias do Plano de Saúde ocorrerão nas seguintes situações:

- a) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego, fim ou perda do mandato;
- b) inadimplemento das despesas do plano de saúde, por período superior a 60 (sessenta) dias, se constatados 02 (dois) boletos não quitados, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o 50º (quincuagésimo) dia de inadimplência;
- c) decisão administrativa devidamente motivada, garantidos a ampla defesa e o contraditório, ou judicial;
- d) fraude; e
- e) perda de dependência com o titular, nos termos deste Projeto Básico e da legislação municipal.

9.18.1 Caberá ao Município, por meio da Gestora, solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

9.18.2. A exclusão compulsória poderá ser realizada diretamente pela operadora credenciada quando se tratar de decisão judicial ou fraude, devendo o fato ser comunicado ao Município, observado neste caso o disposto no art. 18 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS.

9.18.3. O titular excluído compulsoriamente, nos termos da alínea “b” do subitem 9.18 poderá solicitar nova adesão ao Plano de Saúde, após a quitação do débito e mediante disponibilidade de margem consignável, submetendo-se ao cumprimento de carências, conforme legislação específica.

9.18.4. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

9.19. No caso licença sem vencimentos, ou qualquer outra situação que implique, mesmo que temporariamente, a suspensão de proventos, o beneficiário terá a opção de manter-se no Plano de Saúde desde que assuma o respectivo custeio das despesas, sem aplicação de subsídio, através de boleto bancário emitido e disponibilizado através dos canais próprios da Gestora.

9.20. No caso de cessão a outro órgão, Estado ou Município:

a) com ônus para o Município: o beneficiário permanecerá no Plano de Saúde, mantendo as mesmas condições de subsídio já aplicadas; caso opte pela não permanência, o beneficiário deverá solicitar a sua exclusão;

b) sem ônus para o Município: o beneficiário poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período do afastamento, o respectivo custeio das despesas, sem aplicação de subsídio, através de boleto bancário emitido e disponibilizado através dos canais próprios da Gestora; caso opte pela não permanência, o beneficiário deverá solicitar a sua exclusão.

9.21. Nos casos de afastamento por motivo de licença médica ou aposentadoria por invalidez, o beneficiário celetista poderá permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir, durante o período, o respectivo custeio, com subsídio, das despesas, por meio de boleto bancário emitido e disponibilizado através dos canais próprios da Gestora.

9.22. O ex-empregado aposentado que contribuiu para o custeio de plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, tem o direito de manter sua condição de beneficiário, pelo prazo que desejar, em carteira específica de funcionários demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho, realizando o pagamento integral das despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela operadora.

9.23. O ex-empregado aposentado que contribuiu para o custeio de plano privado de assistência à saúde, em decorrência do vínculo empregatício, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, por período inferior a dez anos, tem o direito de manter sua condição de beneficiário, em carteira específica de funcionários demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, à razão de um ano para cada ano de contribuição, realizando o pagamento integral das despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela operadora.

9.24. É garantida a manutenção de beneficiários titulares, após a perda do vínculo com o Município, bem como perda de mandato, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, através de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo o contrato de permanência em carteira de ex-funcionários vinculado às Credenciadas, ficando o Município isento de qualquer responsabilidade posterior após a perda do vínculo, mediante as seguintes condições:

- a) o período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- b) a manutenção de que trata este subitem é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da existência de vínculo com o Município.

9.24.1. A condição prevista no caput deste subitem deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego ou função pública e/ou quando o agente público solicitar exoneração ou desligamento.

9.25. Em caso de morte do beneficiário titular, será realizada sua exclusão e consequentemente de seus dependentes, mediante apresentação da certidão de óbito e/ou documento do SISOBI.

9.25.1. Os beneficiários dependentes, já incluídos em um dos planos por beneficiário titular que venha a falecer no período de vigência do contrato, poderão realizar nova adesão na carteira de ex-funcionários demitidos ou falecidos, através da assinatura de termo específico com a operadora, desde que assumam integralmente o respectivo custeio das despesas, através de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo o contrato de permanência em carteira de ex-funcionários vinculado às Credenciadas, ficando o Município isento de qualquer responsabilidade posterior, sendo que o período de manutenção da condição de beneficiário(s) será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência do respectivo titular no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

9.26. Caberá às operadoras credenciadas oferecer carteiras que viabilizem os termos previstos neste instrumento para demitidos e aposentados, bem como para os dependentes dos falecidos, de acordo com a Resolução Normativa - RN Nº 279, da ANS, de 24 de novembro de 2011, artigo 13º, item II, e suas alterações.

9.26.1 As carteiras previstas no item 9.26 poderão ter preços e reajustes diferentes da carteira plano de funcionários ativos.

9.27. O Município, por meio da Gestora, obriga-se a comunicar às Credenciadas todo tipo de evento que

implique na perda de direito, de qualquer beneficiário, e a falta de margem consignável do beneficiário titular.

9.28. Na falta ou insuficiência de margem consignável, o agente público deverá assumir o custeio das despesas por meio de boleto bancário emitido e disponibilizado através dos canais próprios da Gestora. Ficando o título inadimplido por mais de 60 (sessenta) dias corridos, o Contratante assume o pagamento à Credenciada, da referida despesa, se responsabilizando pela cobrança posterior ao beneficiário, por meio da Gestora, ou por seus próprios meios, inclusive com possibilidade de envio à Dívida Ativa, nas condições definidas pelo Município.

9.29. O Município não será responsável pela utilização irregular dos serviços assistenciais viabilizados pelas Credenciadas, nem por eventuais débitos ocorridos, após ter comunicado o evento que implique na exclusão de qualquer beneficiário.

9.30. O agente público inadimplente deverá quitar seus débitos relativos ao plano de saúde e/ou odontológico, mesmo em caso de exclusão.

9.31. Todos os procedimentos referentes à operacionalização do plano seguirão a legislação vigente do Município de Belo Horizonte.

9.32. Todas as movimentações e adesões deverão seguir um modelo de leiaute a ser disponibilizado pelo Município para todos os planos credenciados.

10. REEMBOLSO

10.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, 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.

10.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência das Credenciadas, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original abaixo 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.

10.3. Para fins de reembolso, o beneficiário titular deverá apresentar às Credenciadas a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso, independentemente do término da vigência do Contrato.

11. CUSTEIO DOS PLANOS

11.1. O custeio do Plano de Assistência à Saúde Suplementar será de responsabilidade do Município e dos beneficiários titulares, através de contribuições mensais, conforme regulamento próprio do Município para essa matéria.

11.2. A contribuição percentual do Município para o custeio do valor da mensalidade do agente público será repassada diretamente às Credenciadas.

11.3. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento do Município, independentemente do motivo, as Credenciadas deverão efetuar a cobrança por meio de boleto bancário, emitidos através do sistema próprio da Gestora e disponibilizados através dos canais digitais da Gestora.

11.4. As Credenciadas informarão mensalmente à Gestora, para fins de processamento, o número de beneficiários titulares e dependentes, disponibilizando a sua base de dados cadastrais, até o 2º (segundo) dia útil do mês da competência.

11.5. As Credenciadas informarão mensalmente à Gestora, para fins de processamento, os valores totais de mensalidades e coparticipações (quando aplicável) relativos à competência, por meio da disponibilização de arquivo de “prévia”, até o 2º (segundo) dia útil do mês da competência.

12. POLÍTICA DE QUALIDADE

12.1. A finalidade da política de qualidade é assegurar que as Credenciadas irão proporcionar aos usuários o atendimento com a qualidade necessária, tanto nos serviços de saúde contratados, quanto no atendimento ao cliente prestado pela operadora. Os esforços da política de qualidade deverão estar direcionados para a gestão e monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas Credenciadas. Para tanto, este processo

junto à operadora se fará em dois níveis:

- a) apreciação do nível de acreditação das Credenciadas;
- b) definição e monitoramento dos indicadores de qualidade das Credenciadas.

12.1.1. Para este fim, os seguintes eixos foram definidos pelo Contratante:

- I) gerenciamento das condições de saúde;
- II) atendimento às necessidades de saúde;
- III) humanização do cuidado;
- IV) acesso aos serviços de saúde;
- V) equidade.

12.2. Será exigido um alto nível de comprometimento das Credenciadas com os resultados dos serviços entregues aos beneficiários por sua rede própria e/ou credenciada.

12.3. Os seguintes princípios gerais nortearão a Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado no planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade:

- a) foco no beneficiário: entender as necessidades dos beneficiários com relação ao atendimento e acesso aos serviços de saúde;
- b) gestão por diretrizes: estabelecer direção de forma planejada para atendimento às premissas da política de atenção à saúde do Município;
- c) abordagem por indicadores: monitorar indicadores de saúde pré-estabelecidos em contrato, tanto de processos, quanto de resultados;
- d) abordagem sistêmica para a gestão: verificar as não conformidades e estabelecer ações corretivas para possibilitar o atendimento das premissas estipuladas;
- e) melhoria contínua: fazer da melhoria contínua um dos objetivos permanentes das organizações e atores envolvidos;
- f) abordagem factual para a tomada de decisões: assegurar que as organizações envolvidas utilizem dados gerados por medições e atividades de aprendizado para a tomada de decisões;
- g) benefícios mútuos na relação sistêmica: adotar acordos de metas de resultados e bonificação, para promover a contribuição de valor agregado na relação entre as organizações envolvidas: serviços credenciados, operadora e Município.

12.4. Os indicadores de qualidade que contemplam a conjunção de dimensões críticas para o atendimento das premissas são:

- a) qualidade intrínseca percebida: percepção do beneficiário sobre a qualidade técnica do serviço que recebe das organizações envolvidas;
- b) qualidade intrínseca avaliada: avaliação dos resultados técnicos alcançados por todos os

beneficiários;

- c) dimensão custo: avaliação do custo benefício e do custo efetividade dos resultados alcançados;
- d) dimensão atendimento: avaliação das variáveis tempo de espera, cortesia e resolução dos problemas pela rede credenciada;
- e) dimensão segurança: percepção do cliente sobre a capacidade das organizações envolvidas na entrega e zelo do serviço;
- f) dimensão ética: avaliação da conduta dos profissionais da operadora e das equipes de saúde, frente aos códigos de ética profissionais e da instituição.

12.4.1. O Município fará a avaliação da qualidade dos serviços credenciados utilizando índice de satisfação dos agentes públicos realizados por meio de pesquisa periódica e, também, pelo número de ocorrências e reclamações do plano de saúde realizadas pelos beneficiários, considerando os eixos estruturadores descritos no item 12.4. O instrumento de coleta de dados será validado a priori com as Credenciadas.

12.4.2. O Município acompanhará índice de satisfação baseado na metodologia da ANS, bem como sanção pecuniária em primeira instância.

12.4.3. O Município avaliará a proporção de beneficiários com desistência a cada ano do Contrato.

12.5. Das Credenciadas espera-se o reconhecimento da importância de estabelecer novos padrões de serviços para atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, assegurando, assim, que esses serão satisfeitos. Devem comprometer-se, também, com a procura da melhoria contínua desses padrões, buscando garantir a permanência dos beneficiários.

12.6. O Contratante, anualmente, por meio da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado, preconizará, junto com as Credenciadas, um conjunto de diretrizes, planos e indicadores, estabelecendo um padrão de qualidade de serviços para o exercício fiscal.

12.7. O Contratante requisitará da operadora a garantia do comprometimento institucional com a qualidade dos serviços de forma documentada. Essa documentação permite demonstrar que na operadora existe:

- a) comprometimento da direção;
- b) estrutura compatível;
- c) descrições de como as tarefas são executadas e controladas para atingir os objetivos desse comprometimento;
- d) política da qualidade da operadora.

12.8. O Contratante requisitará à direção da operadora a garantia de que as necessidades de saúde dos beneficiários serão sempre analisadas criticamente, compreendidas e atendidas.

12.9. O Contratante receberá um organograma da operadora, mostrando seus responsáveis, o interrelacionamento entre eles, as suas funções e níveis de alçada, no sentido de compreender o processo decisório.

12.10. Os processos de comunicação entre as partes devem estar adequados para resolução de problemas e troca de informações. A operadora deverá ter, no mínimo, uma unidade administrativa, com a devida autonomia gerencial e operacional, situada fisicamente em Belo Horizonte e Região Metropolitana para facilitar esse processo.

12.11. Para que o Contratante atenda às necessidades dos usuários do plano, torna-se necessário o estabelecimento de determinados parâmetros, aqui denominados “Padrão de Serviços”, em relação à utilização dos serviços de saúde.

12.11.1. Os padrões de serviços derivam da política da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a qual coloca a necessidade do usuário como centro da organização dos serviços. Esses parâmetros irão orientar a contratação e as atividades da operadora de serviços, a manutenção e a análise desses indicadores constituirão o núcleo do trabalho da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado. Assim, será possível verificar o cumprimento dos padrões e o alcance de metas estabelecidas, quando for o caso.

12.12. O uso intensivo de informações é outro pressuposto do plano. Para tanto, é essencial que todos os atendimentos e contatos realizados entre o beneficiário e o complexo de assistência à saúde das Credenciadas sejam devidamente registrados e que tais registros sempre contenham pelo menos a identificação:

- I. do beneficiário (nome, matrícula e/ou CPF);
- II. do estabelecimento que realizou o atendimento;
- III. do profissional que realizou o atendimento;
- IV. da localidade;
- V. data e hora do atendimento; e
- VI. ação, atividade ou procedimento realizado.

13. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

13.1. Cumprir todas as obrigações constantes no Termo de Referência e em seus anexos, assumindo exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

13.2. Efetuar a prestação do serviço conforme fixado no Termo de Referência e em seus anexos.

13.3. Providenciar a imediata correção das irregularidades apontadas pelo Contratante, quanto à prestação do serviço.

13.4. Garantir a boa qualidade do serviço prestado.

13.4.1. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à Administração ou terceiros, não reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento da execução contratual pelo Contratante, que ficará autorizado a descontar dos pagamentos devidos ou da garantia, caso exigida, o valor correspondente aos danos sofridos.

13.5. Atender às determinações regulares emitidas pelo fiscal ou gestor do contrato ou autoridade superior e prestar todo esclarecimento ou informação por eles solicitados.

13.6. Responsabilizar-se pelo cumprimento de todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, comerciais e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade ao Contratante e não poderá onerar o objeto do contrato.

13.7. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições exigidas para a habilitação na licitação em cumprimento ao disposto no inciso XVI do artigo 92 da Lei nº 14.133/2021

13.8. Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, securitários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu pessoal necessário à execução deste contrato.

13.9. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;

13.10. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da contratação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados no art. 124, II, d, da Lei nº 14.133/2021.

13.11 Apresentar sempre que solicitado pelo Contratante, comprovação de cumprimento das obrigações tributárias e sociais, legalmente exigíveis.

13.12 Comunicar ao Contratante a ausência de produto necessário para a execução do serviço, apresentando a devida comprovação, tão logo tome ciência do fato que possa vir a comprometer o efetivo cumprimento da obrigação pelo Contratado caso futuramente demandado;

13.13. Cumprir, durante todo o período de execução do contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência, para reabilitado da Previdência Social ou para aprendiz, bem como as reservas de cargos previstas na legislação;

13.14. Comprovar, quando solicitado, a reserva de cargos a que se refere a cláusula acima, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, com a indicação dos empregados que preencheram as referidas vagas;

13.15. Submeter-se às normas e determinações do Contratante no que se referem à execução do contrato.

13.16. Viabilizar aos beneficiários inscritos, através de rede própria ou por meio de sua rede de prestadores de serviço, as coberturas previstas, em toda a área de abrangência de acordo com o Projeto Básico, Anexo I.

13.17. Proceder às inclusões e exclusões dos beneficiários em seus planos/seguros de Assistência à Saúde conforme determinação do Município.

13.18. Fornecer o Cartão de Identificação aos beneficiários, no prazo máximo de até 15 (quinze) dias úteis após sua inclusão.

13.19. A operadora deverá fornecer em meio eletrônico, o cartão de identificação do beneficiário no 1º (primeiro) dia de vigência do plano por ele contratado.

13.20. Disponibilizar, por meio de website e/ou aplicativo da Contratada, de forma regular e atualizada, a relação de prestadores de serviço, através de manual, guia, orientador ou outro instrumento similar, que contenha a relação dos profissionais associados/ credenciados, com a indicação das especialidades médicas e exames médicos, a relação de hospitais, de centros médicos e de clínicas, básicas e especializadas, próprios da Contratada ou por ela credenciados/referenciados, a relação de laboratórios, etc., com os respectivos endereços e telefones, para cada beneficiário, de acordo com o plano por ele escolhido.

13.21. Disponibilizar ao Município a relação completa atualizada de sua rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes, por meio óptico, eletrônico, ou via internet, informando qualquer alteração.

13.22. Oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

13.23. Garantir que a cobertura definida no Plano de Assistência à Saúde Suplementar observará, como padrão mínimo, o constante das normas editadas pela ANS.

13.24. Observar, também, as demais normas editadas pela ANS relativas às demais obrigações que regulam o setor da saúde suplementar.

13.25. Manter, durante a vigência do contrato, os limites mínimos do IDSS conforme descritos no item 8.3.3 do Edital de Chamamento.

13.26. Apresentar, mensalmente, relatórios de utilização e de estatísticas, discriminando cada serviço prestado a cada beneficiário no respectivo período, conforme formato solicitado pelo Município.

13.27. Manter serviço de central telefônica gratuita (serviço de discagem direta gratuita - DDG) de atendimento de 24 h (vinte e quatro horas), 07 (sete) dias por semana, inclusive feriados, de modo a facilitar o atendimento ao beneficiário nos casos de urgência e emergência, visando, também, auxiliar os interessados na escolha do melhor local para atendimento e prestação de outros esclarecimentos e informações com relação a rede credenciada.

13.28. Garantir, nos casos em que a Contratada estabeleça autorização prévia, a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

13.29. Providenciar a integração entre o seu sistema de gestão e o sistema utilizado pelo Município e/ou Gestora.

13.30. Manter preposto especialmente designado para representá-la perante o Município, aceito por este, o qual deverá deixar endereços, telefones (fixo e celular) e e-mail com o fiscal do contrato, devendo atender aos chamados do Contratante no prazo máximo de 04 (quatro) horas.

13.31. Substituir, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após notificação, sempre que exigido pelo Município, após discussão entre as partes, o seu preposto, cuja atuação, permanência e/ou comportamento sejam julgados prejudiciais, inconvenientes ou insatisfatórios à disciplina do Município ou ao interesse do serviço público.

13.32. Substituir, sempre que exigido pelo Município, após discussão entre as partes, qualquer agente público seu cuja conduta seja considerada prejudicial, inconveniente ou insatisfatória à disciplina do Município ou ao interesse do serviço público.

13.33. Manter e disponibilizar, em meio virtual no sítio eletrônico da Contratada e/ou aplicativo, os extratos de coparticipação dos últimos 06 (seis) meses para acesso dos beneficiários.

13.34. Realizar campanhas educativas com os usuários do plano de saúde com o objetivo de orientá-los sobre a melhor forma de usufruir dos benefícios do plano de saúde, atuando ativamente, para manter a taxa de sinistralidade em conformidade com os padrões estipulados pelo Contrato.

13.35. Cientificar ao Contratante de toda e qualquer decisão judicial, em caráter liminar ou definitivo, referente aos beneficiários do Contratante, por meio de arquivo digital, imediatamente após o cumprimento da determinação.

13.36. Garantir a execução integral das atividades atribuídas à empresa gestora que contratar, conforme especificações constantes no item 17 – Obrigação de contratação e remuneração da gestora, bem como, garantir que a gestora atenda às seguintes obrigações:

13.36.1. Disponibilizar suporte técnico de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00.

13.36.2. Garantir que o sistema informatizado da Gestora tenha disponibilidade de operação contínua, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

13.36.3. Fornecer dados históricos, com leiaute e periodicidade a serem definidos, como também dicionários de dados que possibilitem a importação em outros sistemas, apoiando a tomada de decisão.

13.36.4. Atender às normas legais vigentes e relativas à Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD.

13.36.5. Manter histórico de acesso (trilha de auditoria) de toda alteração de campos críticos, incluindo manipulação de contas de usuários, bem como controle de procedimentos efetuados no sistema, identificando o usuário, data, hora e tipo de procedimento realizado. As informações de auditoria serão mantidas por, no mínimo, 60 (sessenta) meses em disco e por tempo indeterminado em fitas de backup. As informações gravadas são: Data e Hora do evento auditado, Usuário e IP da máquina ou rede de onde o evento foi comandado. Para eventos que alteram as operações de plano, será gravada a situação anterior e a nova situação da mesma. Deverá ser criado um perfil de Auditor, com permissão apenas de leitura, para quaisquer informações no sistema. A visualização dos registros de logs, através do sistema, deverá ser restrita aos seus administradores e auditores. Os eventos que indicam violação de segurança no sistema devem ser registrados em trilhas de auditoria. Informações que deverão ser registradas:

a. Data e Hora;

b. Identificação do usuário (nome do usuário e IP da máquina ou rede de onde o evento foi comandado);

c. Caso de Uso/Assunto;

d. Resultado final (sucesso ou falha).

13.36.6. Manter arquivo digital dos documentos relativos à adesões, movimentações, exclusões, comprovação de escolaridade, alteração de dados cadastrais, recebidos dos beneficiários, durante toda a validade do contrato, devendo o backup desse arquivo ser apresentado ao Município de Belo Horizonte para fins de consultas diversas, mediante solicitação, e entregues ao Município, em caráter definitivo, em caso de rescisão ou encerramento do seu contrato com a operadora.

13.36.7. Repassar ao Município de Belo Horizonte, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, em caso de encerramento contratual, cópia eletrônica de todos os dados pertinentes armazenados em seu sistema até o momento da rescisão contratual, incluindo histórico das movimentações, cadastro, faturamento e inadimplência, bem como relatório de auditoria. Todos os dados devem ser disponibilizados em formato txt ou xls, com o dicionário de dados das tabelas exportadas.

13.37. Garantir que a gestora contratada se submeta às normas e determinações do Município de Belo Horizonte relativas ao objeto do serviço contratado.

14. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

14.1. Acompanhar e fiscalizar a execução da prestação do serviço contratado, por meio da Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão.

14.2. Fiscalizar a manutenção pelo Contratado, das condições de habilitação exigidas no Termo de Referência, do cumprimento das exigências de reserva de cargos prevista em lei, bem como em outras normas específicas, durante toda a execução do contrato, em atendimento ao disposto nos incisos XVI e XVII do artigo 92 da Lei nº 14.133/2021.

14.3. Pagar no vencimento a fatura apresentada pelo Contratado correspondente ao serviço prestado.

14.4. Notificar o Contratado, por escrito, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas na execução do serviço/fornecimento.

14.5. Proporcionar todas as facilidades para que a Contratada possa executar os serviços decorrentes do Contrato dentro das normas preestabelecidas no Edital e nos instrumentos que o integram.

14.6. Sustar, recusar, mandar desfazer, refazer, reparar, corrigir ou substituir qualquer serviço prestado que não esteja de acordo com as normas do Contrato, do Edital e dos instrumentos que o integram.

14.7. Obter autorização expressa dos beneficiários titulares para consignar em folha de pagamento, os valores decorrentes das contribuições e coparticipações.

14.9. Fornecer à Contratada, mensalmente, lista nominal de todos os beneficiários excluídos da cobertura financeira do Município, qualquer que seja o motivo que lhes subtraia, definitiva ou temporariamente, o direito à Assistência Saúde.

14.10. Manter a regularidade de suas contribuições até o mês de comunicação relativa à exclusão de agentes públicos.

14.11. Sugerir ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

14.12. Avaliar os mecanismos de regulação utilizados pela Contratada de forma a não impedirem ou dificultarem o acesso dos beneficiários aos serviços.

14.13. Avaliar a qualidade dos serviços prestados e seus impactos para os agentes públicos aderidos ao plano de assistência privada à saúde.

14.14. Garantir à Contratada e/ou diretamente à gestora, o acesso às informações de margem consignável dos agentes públicos.

14.15. Disponibilizar, mensalmente, as informações dos descontos dos valores de plano de saúde processados em folha de pagamento.

14.16. Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Credenciada e/ou gestora (no que couber).

15. MONITORAMENTO

15.1. O Contratante, por meio da Diretoria de Gestão da Saúde do Segurado, acompanhará o desempenho da carteira por indicadores a serem definidos conjuntamente com as Credenciadas, mas que já se fazem conhecer pela lista a seguir:

a) Número de consultas por usuário ano (média populacional)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: manter média de 4 (quatro) consultas por usuário por ano. Indicador (es): média de consultas por usuário por ano.

$$\text{consultas por usuário por ano} = \frac{\text{total de consultas realizadas ate 31 de dezembro do ano anterior}}{\text{número de usuários do plano em 31 de dezembro do ano anterior}}$$

b) Número de consultas por usuário ano (registro individualizado)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Padrão de serviço: manter registro individualizado do número de consultas realizadas por cada um dos inscritos no plano de saúde.

Indicador (es): número médio de consultas por usuário por ano (inclui os que não realizaram nenhuma consulta)

$$\text{consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário no período}}{\text{número de usuário do plano no final do período}}$$

c) Número de consultas por usuário ano que realizaram pelo menos uma consulta no período (exclui os usuários que não realizaram consultas no período)

Objetivo: monitorar a frequência de utilização do sistema.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): Número médio de consultas por usuários que realizaram pelo menos uma consulta no período.

$$\text{Consultas por usuário} = \frac{\text{somatório do número de consultas realizadas por cada usuário que realizaram pelo menos uma consulta no período}}{\text{número de usuários do plano que no ano realizaram pelo menos uma consulta no período}}$$

d) % de Exames preventivos realizados

Objetivo: garantir a cobertura por exames para detecção precoce de cânceres de mama, colo de útero e intestino.

Parâmetro de serviço: a ser definido

Indicador (es): percentual das populações específicas cobertas por exames de mamografia, Papanicolau e sangue oculto nas fezes.

$$\% \text{ mamografia} = \frac{\text{nº de mulheres com 40 anos ou não que realizaram pelo menos uma mamografia no período}}{\text{nº de mulheres usuários do plano com 40 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{ papanicolau} = \frac{\text{nº de mulheres com 20 anos ou mais que realizaram pelo menos um papanicolau no período}}{\text{nº de mulheres usuários do plano com 20 anos ou mais no período}} \times 100$$

$$\% \text{ pesquisa de sangue oculto nas fezes} = \frac{\text{nº de usuários com 50 anos ou mais que realizaram pelo menos uma pesquisa de sangue oculto nas fezes no período}}{\text{nº de usuários do plano com 50 anos ou mais no período}} \times 100$$

e) Informações sobre a gestação e o parto

Objetivo: Monitorar a saúde materno-infantil.

Parâmetro de serviço: relatório com todos os dados constantes da Declaração de Nascido Vivo (DN).

Indicador (es): percentual de partos realizados no âmbito do plano de saúde cujos dados da DN foram transcritos para o sistema de informações do plano.

$$\% \text{ DN compiladas} = \frac{\text{nº de partos cujos dados da DN foram compilados para o SI do plano de saúde no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

f) Realização de consultas de pré-natal

Objetivo: realizar e monitorar as consultas de pré-natal nas gestações iniciadas na vigência do plano de saúde.

Parâmetro de serviço: realizar pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal nas gestações iniciadas na vigência do plano de saúde.

Indicador (es): percentual dos partos onde a DN registra a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal durante a gestação.

$$\% \text{ DN compiladas} = \frac{\text{nº de partos com pelo menos 6 consultas de pré-natal no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

g) Taxa de cesarianas realizadas

Objetivo: monitorar o percentual de cesarianas em relação aos partos realizados no âmbito do plano de saúde.

Parâmetro de serviço: manter a taxa de cesarianas abaixo de 50% (cinquenta por cento) nos partos realizados.

Indicador (es): percentual dos partos, por cesariana, realizados.

$$\% \text{ de cesarianas} = \frac{\text{nº de partos por cesariana realizados no período}}{\text{total de partos realizados no âmbito do plano de saúde no período}} \times 100$$

h) Consulta de puericultura

Objetivo: monitorar a realização da primeira consulta de puericultura.

Parâmetro de serviço: realizar a primeira consulta de puericultura no primeiro mês de vida.

Indicador (es): percentual dos recém-nascidos que realizam a primeira consulta no decorrer do primeiro mês de vida.

$$\% \text{ puericultura no primeiro mês de vida} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de RN com consulta de puericultura no 1}^\circ \text{ mês de vida no período}}{\text{total de partos realizados no período}} \times 100$$

i) Vigilância de fatores de risco (FR)

Objetivo: Identificar beneficiários precocemente e oferecer-lhes o cuidado adequado. No mesmo sentido, é importante medir a prevalência destes fatores de risco na carteira e acompanhar suas variações ao longo do tempo e entre diferentes grupos.

Parâmetro de serviço: identificar a cada ano pelo menos 10% (dez por cento) dos beneficiários que apresentam fatores de riscos associados às doenças crônicas.

Indicador (es): índice de identificação de beneficiários que apresentam fatores de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis.

$$\text{Índice de FR} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários com determinado FR identificados no período}}{\text{n}^\circ \text{ estimado de beneficiários que apresenta o FR}} \times 100$$

j) Especialização na Vigilância de fatores de risco (FR)

Objetivo: Incluir a cada ano beneficiários que apresentam condições específicas (hipertensão, diabetes, obesidade, colesterol elevado e tabagismo) conhecidos pelo Contratante em programas de cuidados específicos.

Parâmetro de serviço: Incluir a cada ano pelo menos 20% (vinte por cento) dos beneficiários que apresentam condições específicas (hipertensão, diabetes, obesidade, colesterol elevado e tabagismo) nos programas de promoção e/ou acompanhamento de crônicos.

Indicador (es): índice de inclusão de beneficiários que apresentam condições específicas em linhas de cuidado organizadas.

$$\text{Índice de inclusão} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de usuários que apresentam condições específicas e que foram incluídos em linhas de cuidado}}{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que apresentam condições específicas conhecidos pela CONTRATANTE}} \times 100$$

13.2 Além dos indicadores acima listados, outros também serão acompanhados e agrupados em seus respectivos grupos temáticos, como demográficos, epidemiológicos e econômico-financeiros.

a) Demográficos

I. População total por idade e sexo

Modelo de Distribuição Tabular do número de beneficiários, segundo a faixa etária e o sexo.

II. Taxa bruta de mortalidade

$$\text{Tx bruta de mortalidade} = \frac{\text{nº total de óbitos entre beneficiários}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

III. Mortalidade proporcional por idade

$$\text{Mortalidade proporcional por idade} = \frac{\text{nº de óbitos na faixa etária}}{\text{Total de óbitos entre beneficiários (excluídos os com idade ignorada)}} \times 100$$

IV. Proporção de idosos na população

$$\text{Proporção de idosos} = \frac{\text{nº de beneficiários com 60 ou mais anos de idade}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

V. Índice de envelhecimento

$$\text{Índice de envelhecimento} = \frac{\text{nº de beneficiários com 65 anos ou mais de idade}}{\text{nº de beneficiários com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

VI. Razão de dependência

$$\text{Razão de dependência} = \frac{\text{nº de beneficiários de 0 a 14 e de 60 ou mais anos de idade}}{\text{nº de beneficiários de 15 a 64 anos de idade}} \times 100$$

b) Epidemiológicos

I. Prevalência de fatores de risco

(dados a serem obtidos no levantamento de necessidades de saúde dos usuários)

II. Prevalência de tabagismo

$$\text{Prev. de tabagismo} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam fumar cigarros}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

III. Prevalência de sobrepeso e obesidade

$$\text{Prev. de sobrepeso} = \frac{\text{nº de beneficiários com IMC de 25 a 29,9 Kg/m}^2}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

$$\text{Prevalência de obesidade} = \frac{\text{nº de beneficiários IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

IV. Prevalência de dieta inadequada

$$\text{Consumo insuficiente de frutas e verduras} = \frac{\text{nº de beneficiários com consumo insuficiente de frutas e verduras}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

$$\text{Consumo excessivo de sal} = \frac{\text{nº de beneficiários que consomem sal em excesso}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

V. Prevalência de consumo excessivo de álcool

$$\text{Consumo excessivo de álcool} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam consumo semanal de 15 ou mais doses de bebida alcoólica por semana}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VI. Prevalência de hipertensão arterial (HA)

$$\text{Prev. de HA} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de HA}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VII. Diabetes (DM)

$$\text{Prev. de DM} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de DM}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

VIII. Depressão

$$\text{Prev. de depressão} = \frac{\text{nº de beneficiários que relatam diagnóstico de depressão}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

IX. Avaliação negativa da própria saúde (ANPS)

$$\text{Prev. de ANPS} = \frac{\text{nº de beneficiários que avaliam a própria saúde com ruim ou muito ruim}}{\text{nº total de beneficiários}} \times 100$$

X. Indicadores Interações (a serem definidos)

c) Financeiro

I. Rentabilidade da carteira

Objetivo: Os indicadores de rentabilidade revelam a eficiência da gestão na geração de resultado.

Fórmula:

$$\text{Rentabilidade} = \frac{\text{resultado operacional gerencial}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

Periodicidade trimestral.

II. *Composição da Receita bruta*

Objetivo: apresentar a composição da receita bruta do plano, decomposta em:

- Receita bruta do beneficiário
- Receita bruta do dependente
- Receita bruta da coparticipação

Periodicidade mensal.

III. *Custo assistencial Conceituação*

Mede o custo de atenção à saúde aos beneficiários, isto é, todo e qualquer gasto com assistência à saúde efetuado pelas Credenciadas em sua atividade fim.

O custo assistencial é composto pelo somatório dos seguintes itens:

- custo de plano de saúde;
- repasse odontologia;
- reembolso a clientes (procedimentos);
- custo promoção saúde.

$$\text{Custo assistencial} = (\text{custo de plano de saúde} + \text{repasse} + \text{reembolso} + \text{custo da promoção da saúde})$$

Periodicidade mensal

IV. *Despesas operacionais*

Conceituação

Indica o montante da receita destinado a pagar as despesas operacionais da empresa, em relação à receita bruta.

Método de cálculo

$$\text{Despesas operacionais} = \frac{\text{despesas operacionais}}{\text{receita bruta}} \times 100$$

A despesa operacional é composta do somatório dos seguintes itens:

- despesas com pessoal;
- despesas administrativas;
- despesas com publicidade e propaganda;
- despesas financeiras;

- despesas tributárias;
- despesas com vendas (caso exista);
- depreciação e amortização;

Periodicidade mensal

V. *Liquidez*

Conceituação

Avalia a capacidade financeira das Credenciadas em liquidar todas as obrigações assumidas com terceiros ao longo dos prazos pactuados. O método de cálculo detalhado a seguir se refere ao conceito de liquidez geral.

Método de cálculo

$$\text{Liquidez} = \frac{(\text{ativo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{realizável a longo prazo})}{(\text{passivo circulante} + \text{duplicatas descontadas} + \text{exigível a longo prazo})}$$

Periodicidade: semestral

VI. *Índice de giro de operação*

Conceituação

IGO – Índice de Giro de Operação é um índice criado pela ANS para estabelecer um padrão mínimo de liquidez e rentabilidade das operadoras. O valor mínimo é 1 (um), e as operadoras abaixo deste índice devem apresentar plano de recuperação financeira. Há uma variação, identificada (veja o tópico correspondente).

Método de cálculo

$$IGO = \left\{ \frac{(\text{ativo circulante} / \text{passivo circulante})}{\frac{(\text{custo assistencial} + \text{despesas de comercialização})}{\text{faturamento líquido}}} \right\} \times W$$

Periodicidade: semestral

VII. *Endividamento*

Conceituação

Avalia o grau de endividamento, ou seja, qual a parcela de recursos de terceiros foi tomada em relação ao ativo. O método de cálculo a seguir se refere ao conceito de endividamento geral.

Método de cálculo

$$\text{Endividamento} = \frac{(\text{passivo circulante} + \text{exigível a longo prazo} + \text{duplicatas descontadas})}{(\text{ativo circulante} + \text{duplicatas descontadas})} \times 100$$

Periodicidade: semestral

16. ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

16.4.1. A aceitação e o pagamento dos serviços prestados condicionar-se-ão ao resultado apurado pelo Contratante em relatório mensal, no qual constará procedimento avaliatório indicando se o pagamento às Credenciadas deverá ser integral ou deverá ocorrer a dedução de penalidades previstas no Acordo do Nível de Serviço, conforme estabelecido no item 18 deste Projeto Básico.

16.4.2. Em caso de rejeição total/parcial do objeto contratado, substituição ou demais hipóteses de descumprimento de outras obrigações contratuais, avaliadas na etapa de recebimento, sujeitará a CONTRATADA à aplicação das sanções administrativas cabíveis.

17. OBRIGAÇÃO DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO DA GESTORA

17.1. Dada a complexidade do credenciamento de planos de saúde e a necessidade de interlocução operacional imparcial, no que tange à adesão do agente público em qualquer um dos planos em qualquer operadora, permitindo isonomia de informações para os agentes públicos e gestores do Município, deverá ser providenciada pelas Credenciadas, para atendimento ao objeto do credenciamento Chamamento Público nº 005/2026, a contratação do serviço de gestão de benefício de Plano de Saúde, nele compreendidos: disponibilização de sistema para o gerenciamento dos processos de adesões, cancelamentos e demais movimentações dos beneficiários de planos de saúde e/ou odontológico, ofertados pela Credenciada, com unidade de atendimento presencial, telefônico e via web, incluindo integração desses benefícios com sistema de controle de margem consignável para lançamento em folha de pagamento; manutenção corretiva, adaptativa e evolutiva deste sistema; treinamento às gerências responsáveis e atendimento aos usuários do sistema; gerenciamento do faturamento; gerenciamento da inadimplência; suporte na avaliação e no desenvolvimento de ações para redução da sinistralidade, as atividades estão sumarizadas a seguir:

17.1.1 Gestão Operacional

17.1.1.1. Realizar o gerenciamento da movimentação do plano de saúde (inclusões, exclusões e alterações), bem como de orientações, dúvidas e tratamento de reclamações/denúncias relativas ao processo de gestão do plano de saúde.

17.1.1.2. Realizar adesão dos beneficiários (titulares e dependentes, conforme estipulado em regulamento vigente) mediante o preenchimento de "Termo de Adesão", pelo beneficiário titular, a ser fornecido pela Gestora, de acordo com as regras estabelecidas pelo Município, no qual devem constar a opção por um dos planos oferecidos pela credenciada.

17.1.1.3. Encaminhar à Credenciada, as solicitações de adesão e exclusão dos beneficiários, conforme prazos estabelecidos nos item 9.8.1 e 9.8.2 do Anexo I – Projeto Básico

17.1.1.4. Gerar relatórios mensais relativos às adesões e movimentações, evolução no número de vidas, número de atendimentos operacionais realizados, solicitações atendidas, tempo para atendimento, reclamações, conflitos gerenciados com a Credenciada e seus desfechos, liminares relacionadas aos planos de saúde, relatórios de acompanhamento das metas, se houver e emissão de relatórios pertinentes.

17.1.1.5. Validar base cadastral entre a Gestora, a Credenciada e órgãos e entidades do Município de Belo Horizonte, integrantes do contrato de credenciamento, por meio de envio de arquivos, se necessário.

17.1.1.6. Acompanhar o processo de emissão de 2ª via de carteirinhas.

17.1.1.7. Disponibilizar web site contendo informações voltadas às especificidades dos planos de saúde ofertados pela credenciada ao Município de Belo Horizonte, orientações e simulações, considerando a margem disponível e perfil dos beneficiários.

17.1.1.8. Realizar análise, recebimento e envio de documentos para a Credenciada, bem como controle dos protocolos.

17.1.1.9. Disponibilizar sistema informatizado para processamento das demandas referentes ao plano de saúde (inclusão, exclusão e demais movimentações e atualizações cadastrais) e se necessário sua integração com sistemas da Credenciada e também da folha de pagamento dos órgãos e entidades do Município de Belo Horizonte.

17.1.1.10. A Gestora deverá acessar o sistema de margem consignável contratado/disponibilizado pelo Município de Belo Horizonte para gestão da consignação.

17.1.1.11. O sistema da Gestora deverá importar o histórico dos planos contratados e os dados dos agentes públicos que serão fornecidos pelo Município de Belo Horizonte, em arquivos com leiautes e regras pré-definidos.

17.1.1.12. O sistema deve possuir rotina de geração de arquivo, com leiaute e regras previamente definidos, de retorno à Credenciada, visando o gerenciamento dos lançamentos em folha de pagamento, bem como dos valores não consignados.

17.1.1.13. Atuar na solicitação e acompanhamento de inclusão em apólice/subfatura de ex-beneficiários com direito legal à extensão do benefício (direito à permanência).

17.1.1.14. Realizar, ao menos uma vez a cada três meses, a avaliação/comparação dos dados de cadastro e das concessões registradas no sistema da Gestora e na base da Credenciada.

17.1.1.15. Realizar as exclusões e movimentações de beneficiários de planos nas formas e motivos previstos em regulamento do Município, bem como as exclusões a pedido do beneficiário. Nesse caso, mediante o preenchimento de “Termo de Exclusão”.

17.1.1.16. Atender às solicitações inerentes ao serviço contratado, decorrentes do atendimento aos beneficiários e do atendimento aos órgãos e entidades da administração municipal, responsáveis pela gestão do plano de saúde a que se refere a contratação entre operadora e Município de Belo Horizonte, oriunda do Edital de Chamamento Público 001/2026. As solicitações poderão envolver qualquer atividade relacionada aos serviços contratados, tais como:

- a) Resposta às solicitações diversas (dúvidas, reclamações, pedidos de inclusão, exclusão, movimentação, análise de documentação para manutenção de beneficiário, análise de informações para movimentação entre planos, solicitação de segunda via de boletos, solicitação de informações sobre utilização e demais solicitações recebidas pelos canais de atendimento aos agentes públicos municipais e às equipes de gestão do plano de saúde dos órgãos e entidades da administração pública do Município de Belo Horizonte);
- b) Resposta às solicitações relativas à análise de documentação para manutenção dos dependentes estudantes, nos períodos específicos das campanhas semestrais de comprovação da escolaridade;
- c) Correção de erros nos arquivos transmitidos para importação, a partir das críticas/logs identificados;
- d) Emissão de Informativo de Saldo do Plano de Saúde individual por beneficiário titular;
- e) Envio de informações para subsidiar respostas às demandas da Ouvidoria do Município, Controladoria e similares;
- f) Envio de informações para subsidiar respostas à Procuradoria Municipal (processos judiciais) e aos órgãos de controle;
- g) Correção de erros relativos à indisponibilidade ou falhas em funcionalidades do sistema;
- h) Envio mensal, para o sistema de gestão de recursos humanos, das informações relativas aos valores de plano de saúde dos agentes públicos, para compor a confecção da Declaração de Imposto de Renda Retido na Fonte (DIRF) do Município de Belo Horizonte, conforme leiaute e regras preestabelecidos pelo Município de Belo Horizonte;

i) Envio mensal, para o sistema de gestão de recursos humanos, das informações de cadastro e concessão de benefícios, conforme leiaute e regras preestabelecidos pelo Município de Belo Horizonte;

j) Envio mensal, para a gestão de consignações do Município de Belo Horizonte, das informações de movimentação financeira: dados dos beneficiários, respectivos valores dos benefícios (mensalidades e coparticipações) e verbas associadas, para o processamento na folha de pagamento, conforme leiaute e regras preestabelecidos pelo Município de Belo Horizonte;

k) Relatório mensal com as informações dos beneficiários sujeitos a perderem a condição de dependente ou de dependente subsidiado do Plano de Saúde, conforme as regras definidas pelo Município de Belo Horizonte;

l) Relatório mensal com as informações dos beneficiários com valores inadimplentes, contendo, ao menos, competência da inadimplência, situação funcional na última folha, condição de status de cobrança (conforme regras previamente acordadas com o Município de Belo Horizonte para esse controle).

17.1.1.17. A Gestora deverá informar um número de chamado para as solicitações listadas no subitem 17.1.1.16 alíneas 'a' a 'g', em até 04 (quatro) horas úteis, contadas a partir do recebimento da demanda.

17.1.1.18. Para as solicitações referentes ao item 'a', a Gestora deverá atendê-las em até 02 (dois) dias úteis.

17.1.1.19. Para as solicitações referentes ao item 'b', a Gestora deverá atendê-las em até 04 (quatro) dias úteis.

17.1.1.20. Para as solicitações referentes ao item 'c', havendo inconformidade nos dados enviados, a Gestora terá até 01 (um) dia útil, a partir da notificação pela área responsável pela importação do arquivo, para reencaminhar os dados consistentes. Para os casos das solicitações relativas aos arquivos de Cadastro de Beneficiários e de Concessões de Benefícios, a Gestora terá até 08 (oito) horas úteis, a partir da notificação pela área responsável pela importação do(s) arquivo(s), para reencaminhar os dados consistentes.

17.1.1.21. Para as solicitações referentes ao item 'd', a Gestora deverá atendê-las em até 03 (três) dias úteis.

17.1.1.22. Para as solicitações referentes aos itens 'e' e 'f', a Gestora deverá respondê-las em até 03 (três) dias úteis, sendo que para o item 'f' poderá haver redução do prazo de acordo com a data determinada na Intimação/Citação judicial.

17.1.1.23. Para as solicitações referentes ao item 'h', a Gestora deverá atender em até 02 (dois) dias úteis, após envio das informações de retorno pelo Município de Belo Horizonte.

17.1.1.24. A solicitação referente ao item 'i' deverá ser atendida até o 5º (quinto) dia útil do mês, sendo que as informações necessárias relativas aos beneficiários deverão ser enviadas pela Credenciada até o 3º (terceiro) dia útil do mês.

17.1.1.25. Para as solicitações referentes ao item 'j', a Gestora deverá enviar as informações até o 7º (sétimo) dia útil do mês.

17.1.1.26. Para as solicitações referentes ao item 'k', a Gestora deverá enviar o relatório até o 5º (quinto) dia útil do mês.

17.1.1.27. Para a solicitação referente ao item 'l', a Gestora deverá enviar o relatório até o 3º (terceiro) dia após apuração dos títulos inadimplidos.

17.1.1.28. Para as solicitações referentes ao item 'g', deve-se observar:

17.1.1.28.1. O tempo máximo de atendimento nos casos de indisponibilidade do recurso afetado, com a correção das imperfeições, defeitos ou falhas, deverá ser de até 08 (oito) horas úteis.

17.1.1.28.2. O tempo máximo de atendimento nos demais casos deverá ser de até 02 (dois) dias úteis.

17.1.1.28.3. Ao final do atendimento, deverá ser fornecido Relatório de Atendimento Técnico, informando solução adotada, tempo de indisponibilidade do recurso, bem como o quantitativo de agentes públicos afetados.

17.1.1.28.4. Após a execução de cada solicitação, o autor ou o responsável pelo acompanhamento dela deverá analisar se a solução efetuada pela Gestora atende a descrição da solicitação, para efeito de aceitação da mesma.

17.1.1.28.5. A reincidência de problemas semelhantes será considerada motivo de deficiência na prestação dos serviços e passível de penalização.

17.1.1.28.6. A Gestora deverá garantir que as correções fornecidas não afetem as funções já desenvolvidas, sendo compatíveis com o "status" anterior da solução.

17.1.2. Gestão financeira

17.1.2.1. Disponibilizar, à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, os dados relativos às movimentações, de acordo com leiautes e regras pré-estabelecidas com o Município de Belo Horizonte, para o processamento dos descontos em folha de pagamento dos valores consignados de planos de saúde/odontológico.

17.1.2.2. Executar as conferências das movimentações realizadas na fatura.

17.1.2.3. Enviar à Credenciada o retorno do arquivo de prévia, contendo a consolidação dos valores totais separados por consignação, subsídios e valores não consignados em folha de pagamento de modo a garantir a correta emissão das Notas fiscais da competência (faturamento mensal) pela Credenciada.

17.1.2.4. Fornecer dados, por meio de integração, relativos aos valores de plano de saúde em folha de pagamento dos agentes públicos, para compor a confecção da Declaração de Imposto de Renda Retido na Fonte (DIRF) pelo Município de Belo Horizonte.

17.1.2.5. Receber, conferir e enviar as faturas para os setores da Administração Municipal de Belo Horizonte responsáveis por executar o input de dados nos sistemas que compõem a operação dos planos de saúde.

17.1.2.6. Acompanhar os rateios de co-participação, caso se aplique.

17.1.2.7. Realizar a emissão, através de sistema próprio da Gestora, bem como sua disponibilização nos canais da mesma, de título de cobrança bancária das contribuições do beneficiário titular e seu grupo familiar quando não for possível o desconto em folha de pagamento do Município, especificando a competência a que se refere a cobrança, e de acordo com as regras definidas pelo Município de Belo Horizonte.

a) Quando solicitado pelos beneficiários, disponibilizar novas vias de boletos bancários já emitidos, acrescidos de multa e juros, de acordo com critérios das Credenciadas.

17.1.2.8. Disponibilizar via web site o acesso aos boletos e extratos de utilização dos beneficiários, por meio das informações enviadas pela Credenciada.

17.1.2.9. Gerenciar o pagamento de boletos para toda carteira.

17.1.2.10. Atuar nas intermediações de reembolsos.

17.1.2.11. Realizar o gerenciamento da inadimplência dos beneficiários do Plano de Saúde junto às

Credenciada, conforme regras definidas pelo Município de Belo Horizonte, por meio de relatórios enviados pelas Credenciada, informando valores para desconto em folha de pagamento ou prestando informações por meio de relatórios específicos (Informativo de Saldo), ou relatórios de apuração dos valores inadimplentes acima do prazo estabelecido (relatório de Composição Final), inclusive efetuando a cobrança dos valores pendentes através de acesso e emissão de guias de arrecadação municipal, conforme regras definidas pelo Município de Belo Horizonte, e comunicando ao fiscal do contrato.

17.1.2.12. Apresentar em canal digital (chat e/ou portal) resumo financeiro mensal, como todos os valores por Credenciada, consignados ou não, separados por consignação, subsídios e valores não consignados em folha de pagamento, e faturamento mensal, detalhado, separado por valor por natureza da cobrança, mensalidade ou coparticipação, discriminando ainda, valor por CPF do grupo familiar vinculado a cada titular.

17.1.2.13. Notificar os beneficiários, quando da emissão de boleto bancário, através de e-mail e SMS.

17.1.2.14. Notificar os beneficiários, através de e-mail, quanto ao prazo de vencimento do boleto bancário, e quanto ao atraso no pagamento, nos prazos e condições de cobrança estabelecidos em acordo com o Contratante.

17.1.2.15. Notificar até o 50º (quincuagésimo) dia, os beneficiários, através de e-mail com certificado digital ou outra forma prevista na legislação, quanto à inadimplência, apurados os requisitos das condições para cancelamento do plano de saúde, apresentando os dados mínimos da composição da inadimplência estipulados pela ANS, bem como informando o canal de acesso aos títulos, para acerto das pendências, visando a regularização financeira do titular.

17.1.2.16. Enviar ao Contratante mensalmente, por meio de arquivo digital, a relação dos inadimplentes, apurados os requisitos das condições para cancelamento do plano de saúde, já notificados previamente, conforme subitem 17.1.2.15, que não tenham sanado as inadimplências, ensejando assim a condição de exclusão.

17.1.2.17. Processar mensalmente junto ao sistema da Credenciada, a exclusão de titulares inadimplentes, conforme retorno de autorização pelo Município quanto ao relatório do subitem 17.1.2.16.

17.1.3 Gestão estratégica

17.1.3.1 Disponibilizar Interface de Business Intelligence, que demonstre:

a) Demografia da carteira, número de vidas, por faixa etária, por condição (titular ou dependente), por secretaria ou órgão de lotação, por tipo de plano e demais segmentações que se fizerem necessárias

para subsidiar a avaliação da composição da carteira;

b) Mapeamento de riscos, perfil epidemiológico das internações, perfil dos exames realizados, composição e evolução do sinistro da carteira, conforme informações disponibilizadas pela Credenciada.

As informações deverão ser atualizadas mensalmente, no prazo de 07 (sete) dias úteis do envio dos relatórios pela Credenciada.

17.1.3.1.1 A granularidade dos dados será definida pela Credenciada durante a fase de implantação.

17.1.3.2 Realizar reuniões periódicas, pré-agendadas com Credenciada e a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão, para discussão de melhoria de fluxos e processos.

17.1.3.3 Acompanhar a sinistralidade semestral da carteira, coletando as informações (que devem ser fornecidas pela Credenciada) e apresentando dados estatísticos, por meio de relatórios que especifiquem: distribuição dos gastos por evento no período analisado, distribuição dos gastos por plano no período analisado, distribuição dos gastos por empresa no período analisado, ranking dos gastos dos maiores usuários de plano no período analisado, ranking dos gastos dos maiores usuários de internação no período analisado, ranking dos gastos dos maiores prestadores no período analisado, ranking dos usuários com número acima de 4 (quatro) consultas pagas por mês.

17.1.3.4 Subsidiar a avaliação de ações para redução da sinistralidade, acompanhamento das ações definidas entre Credenciada e Município, avaliação dos resultados das ações propostas e realizadas e análise dos impactos alcançados.

17.1.3.5 Participar da elaboração de campanha anual para redução da sinistralidade, inclusive por meio de disponibilização de material eletrônico em web site.

17.1.3.6 Emitir relatório anual contendo as principais informações do contrato (técnicas e financeiras), bem como resumo de todas as ações realizadas.

17.2 DO ATENDIMENTO

17.2.1 A Gestora deverá instalar/disponibilizar os seguintes itens para atendimento aos beneficiários:

17.2.1.1 Portal do Plano de Saúde do Município de Belo Horizonte, conforme abaixo:

a) O portal deverá conter informações voltadas às especificidades dos planos de saúde disponibilizados no contrato entre Credenciada e Município, informações sobre as opções de plano

ofertados, valores e coberturas;

- b) O portal deverá conter Perguntas e Respostas, com as dúvidas relacionadas ao serviço ofertado: planos, coberturas, forma de adesão, beneficiários com direito à adesão e regras relativas aos subsídios concedidos pelo Município de Belo Horizonte;
- c) O portal deverá possibilitar simulações de contratação das opções de planos ofertados, considerando a margem disponível e perfil dos agentes públicos, mediante solicitação de login;
- d) O portal deverá conter indicação dos canais de atendimento e endereço da Central de atendimento.

17.2.1.2 Central de atendimento presencial, conforme abaixo:

- a) O atendimento presencial constituirá no esclarecimento de dúvidas sobre os planos ofertados, coberturas, valores de mensalidades e coparticipações, valores de subsídios e regras pertinentes; processamento das demandas referentes ao plano de saúde (inclusão, exclusão e demais movimentações e atualizações cadastrais); acesso aos boletos e demais documentos relativos a cobranças realizadas; requerimento e reclamações/denúncias relativas ao processo de gestão do plano de saúde, visando, em último caso, à identificação de possíveis inconsistências dos descontos referentes ao plano de saúde;
- b) A central deverá estar localizada na área abrangida pelo círculo de raio igual a 02 (dois) km, com centro localizado na sede da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, situada à Av. Afonso Pena, nº 1.212, Belo Horizonte - MG;
- c) O atendimento deverá ser prestado de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00, exceto em feriados nacionais e municipais;
- d) Capacidade de, no mínimo, 03 (três) atendimentos simultâneos, podendo ser ampliado para o mínimo de 05 (cinco) atendimentos simultâneos, mediante solicitação do Município de Belo Horizonte junto a Credenciada, de acordo com o aumento da demanda;
- e) Ambiente de espera para, pelo menos, 10 (dez) pessoas, de forma a possibilitar o conforto e segurança ao usuário;
- f) O tempo de espera no atendimento presencial deverá ser de até 15 minutos, podendo estender-se a, no máximo, 30 minutos nos dias imediatamente anteriores e posteriores a feriados, e na data de pagamento dos agentes públicos do município.

17.2.1.3 Atendimento via “Call Center”, conforme abaixo, bem como via internet (por e-mail e chat):

- a) O atendimento deverá ser disponibilizado para esclarecimento de dúvidas e reclamações via Call Center, em ligação local ou gratuita, com, no mínimo, 03 (três) postos de atendimentos simultâneos, podendo ser ampliado para o mínimo de 05 (cinco) postos de atendimentos simultâneos, mediante aumento comprovado da demanda;
- b) O atendimento deverá ocorrer de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 18h00, exceto em feriados nacionais e municipais, bem como via internet (por e-mail e chat), nos mesmos dias e horários;

17.2.1.4 Todos os canais supramencionados deverão prestar suporte necessário aos agentes públicos no que diz respeito aos benefícios administrados, bem como auxiliar na reeducação da população beneficiária do plano de saúde, em especial nos temas: uso consciente do plano, sinistralidade, reajustes financeiros e margem consignável.

17.3 DO TREINAMENTO

17.3.1 A Gestora deverá realizar treinamento para até 50 (cinquenta) usuários (servidores da área de gestão de plano de saúde, da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão, bem como das Fundações, Autarquias e do Poder Legislativo, integrantes do contrato de credenciamento).

17.3.2 O treinamento ocorrerá às expensas da gestora, quanto ao local de realização, à infraestrutura, instrutores e material didático (incluindo fornecimento de manual de operações do sistema).

17.3.3 O treinamento deverá ser realizado conforme cronograma acordado entre Credenciada, Gestora e Município de Belo Horizonte para que os usuários estejam devidamente capacitados ao início da prestação do serviço.

17.4 DA HOSPEDAGEM DO SISTEMA

17.4.1 A Credenciada deve garantir que a Gestora promova toda a solução de infraestrutura de hospedagem, armazenamento, processamento, transmissão de dados e provimento de acesso via web para operacionalização do sistema e prestação dos serviços. A infraestrutura deverá garantir um ambiente seguro, controlado e tolerante a falhas, segundo padrões internacionais, atualmente utilizados.

17.4.2 A Credenciada deve garantir que a Gestora atenda aos seguintes requisitos mínimos de segurança:

- a) Monitoramento preventivo e constante, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

- b) Deverão ser previstas as medidas para garantir a proteção dos dados, antecipando eventuais ameaças à sua privacidade, segurança e integridade, prevenindo acessos não autorizados às informações;
- c) Deverão ser providos mecanismos de acesso protegidos aos dados, através de chave de criptografia, garantindo que apenas usuários autorizados tenham acesso aos mesmos;
- d) O sistema deverá conter comunicação criptografada e protegida para transferência de dados;
- e) Bloquear acesso indevido e comprometimento dos serviços através de soluções de Proteção e Mitigação de Ataque IP – DoS/DDoS, Sistema de Prevenção a Intrusos – IPS e Enterprise Firewall, entre outros.

17.4.3 A Credenciada deve garantir que a Gestora realize backups das áreas de armazenamentos de dados, de forma a garantir a continuidade dos serviços.

Os backups de dados deverão possuir as seguintes políticas de retenção:

POLÍTICA	RETENÇÃO MÍNIMA
Transação/Dados	5 (cinco) anos
Imagem/Snapshot (mensal)	5 (cinco) anos

17.4.4 A Credenciada deverá garantir que a gestora execute a recuperação dos dados, sem perdas, em caso de desastre.

17.4.5 A Credenciada e/ou o MBH poderá(ão) solicitar, conforme sua necessidade, backups dos dados (terceira via) para a área de armazenamento ou diretamente para o seu próprio ambiente de Data Center.

17.5 CONDIÇÕES DE REMUNERAÇÃO À GESTORA

17.5.1 A Gestora será remunerada mensalmente pela operadora de planos de saúde e/ou odontológico credenciada pelo Município de Belo Horizonte, conforme critério abaixo:

17.5.1.1 Valor calculado por mês de acordo com a quantidade de operações, onde cada vida, em cada plano ativo (de saúde ou odontológico), corresponde à 01 (uma) operação.

17.5.1.2 O valor de referência para pagamento da Gestora é de R\$5,25 (cinco reais e vinte e cinco centavos)

para cada operação de plano de saúde e de R\$3,40 (três reais e quarenta centavos) para operação de plano odontológico, valores que poderão ser negociados diretamente com a Gestora escolhida.

17.5.1.3 O processamento de operações do tipo transporte aeromédico não poderá ser cobrado pela Gestora, sendo apenas um módulo opcional e complementar ao plano de saúde, contratado pelo beneficiário.

17.6 DO PRAZO DE ESCOLHA E DE CONTRATAÇÃO DA GESTORA

17.6.1 A escolha da empresa Gestora se dará em consenso entre as 2 (duas) primeiras Operadoras de Planos de Saúde Credenciadas, por ordem de assinatura de contrato. A Gestora escolhida deve ser informada pelas operadoras em reunião conjunta com os representantes do Município em até 5 (cinco) dias úteis após a assinatura do contrato entre Operadoras e Município.

17.6.1.1 Caso não haja consenso entre as operadoras na escolha da Gestora, terá preferência da escolha a Operadora de Plano de Saúde que apresentar maior Rede Credenciada.

17.6.1.2 Caso haja apenas 1 (uma) Operadora de Plano de Saúde Credenciada após o certame, esta deverá escolher a Gestora e informar ao Município como estipulado no item 17.6.1.

17.6.2 Cada operadora deverá apresentar aos representantes do Município cópia do vínculo contratual com a Gestora escolhida em até 30 (trinta) dias após sua escolha.

17.9.3 Não cabe ao município a escolha da empresa Gestora e nenhum tipo de vínculo contratual.

17.9.4 Em nenhuma hipótese será permitido mais de uma empresa Gestora.

17.7 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ETAPAS MACRO DO PROCESSO	
1	Envio da Proposta de Credenciamento
2	Análise documental
3	Aprovação
4	Assinatura do Contrato
5	Escolha da Gestora
6	Disponibilização do Sistema pela Gestora
7	Homologação das Operadoras
8	Início das Ativações

17.7.1 O prazo para a implantação dos serviços pela Gestora, compreendendo disponibilização do sistema para adesão e integração das informações e início efetivo das adesões, será de no máximo 60 (sessenta) dias após sua contratação, conforme subitem 17.6.2, onde a Gestora deverá apresentar um documento comprobatório de homologação para cada Operadora Credenciada.

17.7.2 Para cada nova operadora credenciada, durante a vigência deste edital, o prazo para integração das informações e início efetivo das adesões permanece em 60 (sessenta) dias após assinatura de contrato com a Gestora conforme Subitem 17.6.2.

17.7.2 O prazo para a Gestora iniciar o treinamento a que se refere o subitem 17.3, deste edital, será de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da conclusão das atividades de implantação a que se refere o subitem 17.7.1.

17.7.3 O início da execução dos serviços complementares, descritos no subitem 17.2.1.2 (Central de Atendimento Presencial), deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da conclusão das atividades de implantação a que se refere o subitem 17.7.1.

17.7.4 O início da execução dos serviços, descrito nos subitens 17.2.1.1 e 17.2.1.3 deverão ocorrer no 1º dia útil seguinte à conclusão das atividades de implantação a que se refere o subitem 17.7.1.

17.8 REQUISITOS DESEJÁVEIS DO SISTEMA DA GESTORA

Requisitos funcionais

I – Parametrização do Sistema	
Item	Especificação
1	O sistema deverá estar parametrizado para realizar o processamento de todas as operações relacionadas aos planos de saúde ou odontológico, permitidas na legislação vigente.
1.1	O sistema deverá permitir cadastrar as tabelas de faixas salariais, faixas etárias e faixas de subsídio, aplicadas de acordo com as regras vigentes em regulamento do Município.
1.2	O sistema deverá permitir cadastrar as operadoras credenciadas pelo Município, identificando dados cadastrais: CNPJ da operadora, código ANS, nome, segmento.

1.3	O sistema deve permitir cadastrar tipos de plano (odontológico ou assistencial), nome do plano, valor do plano por faixa etária e operadora do plano, permitindo cadastrar diferentes planos para a mesma operadora.
1.4	O sistema deve permitir cadastrar os beneficiários, contendo, pelo menos: Do titular: empresa, Código de identificação (correspondente à Matrícula no Município), CPF, nome completo, gênero, data de nascimento, endereço completo (Tipo de logradouro/Nome do Logradouro/Número/Complemento/Bairro/Município/UF/CEP), ao menos um número de telefone obrigatório, <i>e-mail</i> , código de cada plano contratado, data de início do benefício, número da carteirinha do respectivo plano. Do dependente: CPF, nome completo, gênero, data de nascimento, tipo de vínculo com o titular (grau de parentesco), endereço completo (Tipo de logradouro/Nome do Logradouro/Número/Complemento/Bairro/Município/UF/CEP), ao menos um número de telefone obrigatório, <i>e-mail</i> , código de cada plano contratado, data de início do benefício, número da carteirinha do respectivo plano.
1.5	O sistema deve permitir cadastrar as regras para cancelamento do plano assistencial ou odontológico.
1.6	O sistema deve ser capaz de gerar as informações de valor efetivo do plano para o beneficiário titular e dependentes, a partir do plano selecionado.
1.7	O sistema deve ser capaz de aplicar o subsídio ao agente público de acordo com sua situação funcional no sistema de gestão de recursos humanos do Município (dentro ou fora de folha), baseado em dado fornecido em <i>leiaute</i> preestabelecido pelo Município de Belo Horizonte.
1.8	O sistema deverá permitir cadastro, alteração e exclusão de verba por empresa, com parâmetros preestabelecidos pelo Município.
1.9	O sistema deverá permitir a associação de verbas às operadoras credenciadas pelo Município, por tipo de benefício: assistencial e odontológico.
1.10	O sistema deverá permitir a associação de verbas às operadoras credenciadas pelo Município, por tipo de benefício: assistencial e odontológico, por CPF do beneficiário e por ordem de inclusão do dependente em relação ao cadastro do titular.
1.11	O sistema deve possibilitar a extração de relatório mensal em Excel para conferência de dados cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes, bem como os dados de sua concessão da assistência médica e/ou odontológica. Os dados que devem ser informados neste relatório são: código da empresa do titular, contrato do titular, CPF do titular e de cada dependente, grau de parentesco com o titular, data da concessão, código do benefício e código da carteirinha.
2	O sistema deve permitir a gestão de usuários do sistema, com as operações de criação, alteração, exclusão e manutenção de seus dados cadastrais.
3	O sistema deve registrar o usuário responsável e IP da máquina, a data e hora da alteração de qualquer informação, em dados dos agentes públicos. Para eventos que alteram a situação de um benefício contratado, será gravada a situação anterior e a nova situação da mesma.

4	Exigir o cadastro de informações pessoais dos usuários no sistema, contendo, minimamente, os dados de nome, <i>e-mail</i> , telefone e CPF.
5	Permitir a manutenção de perfis de acesso às funcionalidades, para controle de acesso do sistema.
6	A senha deve conter no mínimo 08 (oito) caracteres e exigir letras, números e, pelo menos, um caráter especial.
7	A senha deverá ser modificada a cada 06 (seis) meses, a fim de resguardar a segurança do sistema.
8	O sistema não deverá permitir mais de um acesso simultâneo do mesmo usuário.
9	Permitir a manutenção dos dados cadastrais das operadoras credenciadas.
10	Permitir a manutenção dos dados cadastrais dos agentes públicos.
11	As operações realizadas no sistema (adesões, alterações e exclusões de benefícios, manutenção, bloqueio e desbloqueio de verbas) deverão ser validadas por chaves Matrícula e Empresa.
12	O sistema deverá estar apto a consultar a margem consignável disponível dos agentes públicos através de integração com sistema externo ou importação de arquivos de margem disponibilizados por empresa contratada pelo Município ou gerados por ele próprio.
13	Permitir a consulta dos <i>logs</i> de todas as transações efetuadas no sistema.
14	Possibilitar a restrição do acesso de computadores ao sistema, por faixas de endereço IP.
15	Possuir no <i>login</i> dispositivo de segurança <i>Captcha</i> , para evitar acessos indevidos e robotizados.
16	Dispor de Módulo <i>Business Intelligence</i> . Os dados deverão ser exibidos em forma de cubo multidimensional, cruzando dados selecionados dinamicamente pelo usuário.
17	O sistema deverá solicitar um motivo para as suspensões, exclusões ou cancelamentos, permitindo a inclusão de texto explicativo.
18	Permitir a limitação do número de parcelas para desconto por produto ou por tipo de verba, de acordo com as regras de negócio da Contratante.

II - Requisitos do Portal do Servidor

Item	Especificação
------	---------------

19	Permitir aos agentes públicos a visualização do valor da margem consignável disponível.
20	Permitir ao agente público a realização de simulações das adesões, inclusive apresentando os valores por plano, de acordo com a faixa salarial do agente público, faixa etária do agente e seu(s) dependente(s), com o cálculo do auxílio (subsídio), se for o caso, conforme legislação vigente.
21	Permitir ao agente público visualizar a discriminação dos valores individuais de cada plano assistencial ou odontológico contratados, por CPF de cada beneficiário do grupo familiar, permitindo gerar um arquivo de PDF com a informação.

III - Integração (Importação e Exportação de Dados)

Item	Especificação
24	O sistema deve garantir a interoperabilidade de dados através de múltiplos canais de comunicação, permitindo a integração de forma híbrida: via carga e exportação de arquivos planos (TXT) ou JSON, via webservice (APIs REST/SOAP). Ambas as modalidades devem seguir padrões abertos e documentados de integração.
25	O sistema deverá suportar a parametrização do <i>leiaute</i> predefinido para integração de dados com a folha de pagamento do Município de Belo Horizonte.
26	O sistema deve possibilitar a geração de arquivos em formato acordado com as operadoras Contratadas, para exportação para sistemas auxiliares.
27	O sistema deverá receber as informações referentes ao resultado do processamento dos descontos na folha de pagamento, em <i>leiaute</i> preestabelecido pelo Município de Belo Horizonte, a fim de que o sistema efetue em sua base de dados a baixa das parcelas efetivamente descontadas.

IV - Relatórios

Item	Especificação
28	O sistema deve possibilitar a extração de relatório com informações de auditoria contendo as solicitações processadas no sistema em um determinado período e por um usuário específico.
29	O sistema deve possibilitar a extração de relatório analítico contendo: CPF do titular, CPF dos dependentes, grau de parentesco com o titular, benefício contratado, valor, verba correspondente, em um período selecionado.

Requisitos não funcionais

Item	Especificação
------	---------------

30	Funcionar em ambiente <i>web</i> .
31	O sistema deve possuir material explicativo com descrição de funções de todos os módulos operacionais.
32	<i>Interface</i> e material explicativo do sistema devem estar totalmente no idioma Português (Brasileiro).
33	O sistema deve ser compatível com os navegadores <i>Mozilla Firefox</i> 54.x ou superior, <i>Chromium</i> 59.0 ou superior, Safari 8.x ou superior e o <i>Google Chrome</i> 59.x ou superior.
34	Apresentar compatibilidade com sistema de gerenciamento de banco de dados com suporte SQL (<i>Structured Query Language</i>) e PL/SQL (<i>Procedural Language/Structured Query Language</i>).
35	Garantir a integridade e segurança das informações, de modo que apenas usuários autorizados possam realizar consultas e edições aos dados armazenados pelo sistema.
36	A infra-estrutura de rede deverá ser protegida por mecanismo de <i>firewall</i> , de forma a impedir quaisquer acessos não autorizados.
37	As transmissões de informações de todo o sistema deverão ser seguras (utilização de HTTPS).
38	O tempo de resposta de no mínimo 90% das funcionalidades deve ser de no máximo 06 (seis) segundos. Qualquer exceção a esta regra deve ter a aprovação da Contratante.
39	O sistema deverá cuidar das falhas sem externalizar os erros e sem fornecer informações que podem ser usadas para exploração. Dados pessoais e confidenciais nunca deverão ser incluídos em mensagens de erro.

18. NÍVEIS DE SERVIÇOS (SLA's)

18.1. INTRODUÇÃO

18.1.1. Os níveis de serviço são critérios objetivos e mensuráveis com a finalidade de aferir e avaliar fatores relacionados aos serviços contratados, principalmente qualidade, desempenho e disponibilidade.

18.1.2. Caso não seja atingido o nível esperado de qualidade de prestação de serviço, desempenho ou disponibilidade o valor mensal a ser pago à CONTRATADA será reduzido, conforme os índices de desconto relacionados na TABELA 1 e TABELA 2 deste anexo.

18.1.3. Para aferição do cumprimento do contrato serão utilizados indicadores de “Níveis de Serviços e ocorrências registradas pela CONTRATANTE”.

18.1.4. A execução dos serviços será fiscalizada pelo CONTRATANTE, que fará o acompanhamento da qualidade e dos “Níveis de Serviços” alcançados com vistas a efetuar eventuais ajustes e correções de rumo.

18.1.5. Os percentuais das penalidades serão incididos sobre o valor da nota fiscal (subsídio mais o valor referente ao desconto em folha dos agentes públicos) no mês da prática da infração, ou mês subsequente.

18.1.6. A CONTRATADA deverá elaborar e entregar ao CONTRATANTE junto com a fatura mensal referente a todos os serviços contratados relatórios de níveis de serviço, analíticos e consolidados, que demonstrem volume de entregas, dos itens relacionados na TABELA 1 e quantitativo e tempestividade dos atendimentos relacionados na TABELA 2.

18.2. INDICADORES DE NÍVEIS DE SERVIÇO

TABELA 1 – ENTREGAS

Descrição	Penalidade Índice de desconto
Fornecer 1ª e/ou 2ª vias do Cartão de Identificação com prazo superior ao estipulado na Cláusula “Obrigações da Contratada” do Contrato. Haverá tolerância neste caso em até 5% do total de solicitações no mês de ocorrência. Considera-se o prazo para postagem.	0,15%
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, qualquer um dos relatórios previstos no item 15 do Anexo I, sem qualquer justificativa técnica.	0,25%
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, as informações cadastrais descritas no subitem 11.4 do Anexo I.	0,25% por dia de atraso.
Deixar de encaminhar, nos prazos acordados, as informações cadastrais descritas no subitem 11.5 do Anexo I.	0,25% por dia de atraso.

TABELA 2 – SERVIÇOS

Descrição	Penalidades
Não arcar com ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço quando não houver disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelas Credenciadas, conforme previsto no item 3.6 deste Projeto Básico.	0,25% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Deixar de assegurar acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada até que haja disponibilidade de leito, conforme estabelecido no item 3.5 deste Projeto Básico.	0,25% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Deixar de manter ativa operação da central telefônica gratuita, conforme descrito nas Obrigações da Contratada, salvo por motivo de força maior.	0,25% por dia de inatividade da Central telefônica limitado a 3% do valor total da fatura.
Deixar de assegurar a remoção do beneficiário hospitalizado, nos termos do item 7 deste Projeto Básico.	0,5% por ocorrência registrada, limitado a 5% do valor total da fatura.
Atrasar os prazos relativos à autorização de exames e procedimentos eletivos previstos na legislação vigente.	0,01% por ocorrência registrada, limitado a 2% do valor total da fatura.

A CONTRATADA deverá considerar os registros, controles, relatórios e informações prestados por ela como meio de fiscalização, além de outros itens de gestão da qualidade do serviço previsto neste Anexo.

ANEXO II**CRITÉRIOS DE PRECIFICAÇÃO**

1. Os valores das mensalidades serão definidos por cada operadora de acordo com cada tipo de plano de saúde, seguindo as faixas etárias determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

2. A PROPONENTE deverá observar as seguintes condições de variação em cada mudança de faixa etária (com exceção do Plano Odontológico e do Transporte Aeromédico):

- a) o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) a variação percentual acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação percentual acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

2.1. Caso alguma PROPONENTE apresente valores fora dessas regras, a mesma será automaticamente desclassificada.

3. A proposta da PROPONENTE deverá observar os valores máximos apresentados nas tabelas as seguir:

PLANO 1 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 99,72
2ª	19 a 23 anos	R\$ 119,61
3ª	24 a 28 anos	R\$ 148,36
4ª	29 a 33 anos	R\$ 183,96
5ª	34 a 38 anos	R\$ 206,07
6ª	39 a 43 anos	R\$ 214,29
7ª	44 a 48 anos	R\$ 270,06
8ª	49 a 53 anos	R\$ 307,80
9ª	54 a 58 anos	R\$ 366,30
10ª	59 ou mais	R\$ 597,16

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 1	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 29,76
Consulta PA	R\$ 43,68
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 11,71
Exames e Procedimentos Especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 49,64
Internação Enfermaria	R\$ 99,22

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

PLANO 2 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA –
--

ENFERMARIA – REDE AMPLA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 152,91
2ª	19 a 23 anos	R\$ 181,85
3ª	24 a 28 anos	R\$ 223,52
4ª	29 a 33 anos	R\$ 275,22
5ª	34 a 38 anos	R\$ 307,31
6ª	39 a 43 anos	R\$ 319,24
7ª	44 a 48 anos	R\$ 400,12
8ª	49 a 53 anos	R\$ 454,97
9ª	54 a 58 anos	R\$ 539,85
10ª	59 ou mais	R\$ 874,81

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 2	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 35,73
Consulta PA	R\$ 55,54
Exames e Procedimentos simples / Terapias reduzidas	R\$ 11,71
Exames e Procedimentos Especiais / Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 49,64
Internação Apartamento	R\$ 119,08

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

PLANO 3 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 104,23
2ª	19 a 23 anos	R\$ 123,33
3ª	24 a 28 anos	R\$ 150,93
4ª	29 a 33 anos	R\$ 185,06
5ª	34 a 38 anos	R\$ 206,25
6ª	39 a 43 anos	R\$ 214,12
7ª	44 a 48 anos	R\$ 267,59
8ª	49 a 53 anos	R\$ 303,85
9ª	54 a 58 anos	R\$ 359,96
10ª	59 ou mais	R\$ 581,37

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 3	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 27,79
Consulta PA	R\$ 43,68
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$ 11,71
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 35,73
Internação Enfermaria	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

PLANO 4 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - APARTAMENTO – REDE PREFERENCIAL		
---	--	--

FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 147,24
2ª	19 a 23 anos	R\$ 174,99
3ª	24 a 28 anos	R\$ 214,92
4ª	29 a 33 anos	R\$ 264,48
5ª	34 a 38 anos	R\$ 295,21
6ª	39 a 43 anos	R\$ 306,70
7ª	44 a 48 anos	R\$ 384,21
8ª	49 a 53 anos	R\$ 436,82
9ª	54 a 58 anos	R\$ 518,18
10ª	59 ou mais	R\$ 839,27

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 4	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 27,79
Consulta PA	R\$ 43,68
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$ 11,71
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 35,73
Internação Apartamento	ISENTO
Internação Enfermaria	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

PLANO 5 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – APARTAMENTO – REDE AMPLA		
FAIXA ETÁRIA		VALOR
1ª	00 a 18 anos	R\$ 202,54
2ª	19 a 23 anos	R\$ 243,02
3ª	24 a 28 anos	R\$ 301,35
4ª	29 a 33 anos	R\$ 373,72
5ª	34 a 38 anos	R\$ 418,53
6ª	39 a 43 anos	R\$ 435,26
7ª	44 a 48 anos	R\$ 548,47
8ª	49 a 53 anos	R\$ 625,25
9ª	54 a 58 anos	R\$ 744,03
10ª	59 ou mais	R\$ 1.212,76

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 5	
EVENTOS	VALOR
Consulta Eletiva	R\$ 35,73
Consulta PA	R\$ 55,54
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$ 11,71
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$ 49,64
Internação Apartamento	R\$ 238,13
Internação Enfermaria	R\$ 119,08

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

PLANO 6		
PLANO ODONTOLÓGICO	VALOR	R\$ 16,66

* não há diferenciação por faixa etária

PLANO 7		
TRANSPORTE AEROMÉDICO	VALOR	R\$ 2,28

* não há diferenciação por faixa etária

ANEXO III**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS****CHAMAMENTO PÚBLICO Nº**

Razão social:

CNPJ:

Endereço:

Telefone:

Endereço eletrônico (e-mail) para contato:

Objeto:

Validade da proposta: 60 (sessenta) dias.

PLANO 1 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL			
FAIXA ETÁRIA		VALOR	VALOR POR EXTENSO
1ª	00 a 18 anos	R\$	
2ª	19 a 23 anos	R\$	
3ª	24 a 28 anos	R\$	
4ª	29 a 33 anos	R\$	
5ª	34 a 38 anos	R\$	
6ª	39 a 43 anos	R\$	
7ª	44 a 48 anos	R\$	
8ª	49 a 53 anos	R\$	
9ª	54 a 58 anos	R\$	
10ª	59 ou mais	R\$	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 1		
EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
Consulta Eletiva	R\$	
Consulta PA	R\$	
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$	
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$	
Internação Enfermaria	R\$	

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 2 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – ENFERMARIA – REDE AMPLA

FAIXA ETÁRIA		VALOR	VALOR POR EXTENSO
1ª	00 a 18 anos	R\$	
2ª	19 a 23 anos	R\$	
3ª	24 a 28 anos	R\$	
4ª	29 a 33 anos	R\$	
5ª	34 a 38 anos	R\$	
6ª	39 a 43 anos	R\$	
7ª	44 a 48 anos	R\$	
8ª	49 a 53 anos	R\$	
9ª	54 a 58 anos	R\$	
10ª	59 ou mais	R\$	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 2

EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
Consulta Eletiva	R\$	
Consulta PA	R\$	
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$	
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$	
Internação Apartamento	R\$	

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 3 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - ENFERMARIA – REDE PREFERENCIAL

FAIXA ETÁRIA		VALOR	VALOR POR EXTENSO
1ª	00 a 18 anos	R\$	
2ª	19 a 23 anos	R\$	
3ª	24 a 28 anos	R\$	
4ª	29 a 33 anos	R\$	
5ª	34 a 38 anos	R\$	
6ª	39 a 43 anos	R\$	
7ª	44 a 48 anos	R\$	
8ª	49 a 53 anos	R\$	
9ª	54 a 58 anos	R\$	
10ª	59 ou mais	R\$	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 3

EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
Consulta Eletiva	R\$	
Consulta PA	R\$	
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO	ISENTO
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$	
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$	
Internação Enfermaria	ISENTO	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 4 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – SAÚDE DA FAMÍLIA - APARTAMENTO – REDE PREFERENCIAL			
FAIXA ETÁRIA		VALOR	VALOR POR EXTENSO
1ª	00 a 18 anos	R\$	
2ª	19 a 23 anos	R\$	
3ª	24 a 28 anos	R\$	
4ª	29 a 33 anos	R\$	
5ª	34 a 38 anos	R\$	
6ª	39 a 43 anos	R\$	
7ª	44 a 48 anos	R\$	
8ª	49 a 53 anos	R\$	
9ª	54 a 58 anos	R\$	
10ª	59 ou mais	R\$	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 4		
EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
Consulta Eletiva	R\$	
Consulta PA	R\$	
Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica	ISENTO	ISENTO
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$	
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*)	R\$	
Internação Apartamento	ISENTO	ISENTO
Internação Enfermaria	ISENTO	ISENTO

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 5 – AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA – APARTAMENTO – REDE AMPLA			
FAIXA ETÁRIA		VALOR	VALOR POR EXTENSO
1ª	00 a 18 anos	R\$	
2ª	19 a 23 anos	R\$	
3ª	24 a 28 anos	R\$	
4ª	29 a 33 anos	R\$	
5ª	34 a 38 anos	R\$	
6ª	39 a 43 anos	R\$	
7ª	44 a 48 anos	R\$	
8ª	49 a 53 anos	R\$	
9ª	54 a 58 anos	R\$	
10ª	59 ou mais	R\$	

VALORES DE COPARTICIPAÇÃO – PLANO 5		
EVENTOS	VALOR	VALOR POR EXTENSO
Consulta Eletiva	R\$	
Consulta PA	R\$	
Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas	R\$	
Exames e Procedimentos Especiais/ Terapias diferenciadas	R\$	

(subespecialidades*)		
Internação Apartamento	R\$	
Internação Enfermaria	R\$	

* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional

PLANO 6		
PLANO ODONTOLÓGICO	VALOR	VALOR POR EXTENSO
	R\$	-

* não há diferenciação por faixa etária

PLANO 7		
TRANSPORTE AEROMÉDICO	VALOR	VALOR POR EXTENSO
	R\$	-

* não há diferenciação por faixa etária

a) No preço proposto estão incluídos todos os tributos, encargos sociais e quaisquer outros ônus que porventura possam recair sobre o objeto do presente certame.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável legal da empresa licitante

ANEXO IV**DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

População total de beneficiários da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Municipal de Belo Horizonte, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A, da carteira atual:

a) *em todos os planos de assistência médica ambulatorial e hospitalar, distribuída por Faixa etária e Gênero.**

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
00 a 18	6.275	6.075	12.350
19 a 23	1.527	1.669	3.196
24 a 28	928	1.359	2.287
29 a 33	923	1.372	2.295
34 a 38	1.415	2.552	3.967
39 a 43	2.362	3.844	6.206
44 a 48	2.631	4.562	7.193
49 a 53	2.007	3.502	5.509
54 a 58	1.652	3.004	4.656
59 ou mais	4.574	9.171	13.745
Total	24.294	37.110	61.404

b) *em todos os planos odontológicos proximamente :30.000 beneficiários. **

* Dados da competência 02/2026.

ANEXO V

GLOSSÁRIO

A

Abrangência geográfica

Determinação da área geográfica na qual o beneficiário terá atendimento.

Acesso aos serviços de saúde

Possibilidade de interação entre o beneficiário e a rede assistencial da operadora visando a utilização dos serviços de saúde para a satisfação das suas necessidades, através da disponibilidade adequada de recursos.

Acidente pessoal

Todo evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física, por si só e independente de qualquer outra causa, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, que torne necessária a internação hospitalar do beneficiário ou o seu tratamento em regime ambulatorial.

Acreditação

Processo, voluntário ou obrigatório, pelo qual uma agência ou organização governamental ou não governamental avalia e reconhece uma instituição ou uma pessoa como apta para executar serviços com padrões específicos.

Adesão compulsória

Trata-se de sistema mediante o qual a inclusão do beneficiário titular e dos seus dependentes no plano é feita juntamente e obrigatoriamente com a sua incorporação ao grupo elegível, nos prazos previstos no regulamento.

Adesão facultativa ou espontânea ou opcional

Trata-se de sistema em que não há obrigatoriedade de adesão por todo o grupo elegível vinculado ao Município.

Aditamento

Complemento ao contrato original.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que envolvem a assistência suplementar à saúde; agência reguladora de planos de saúde do Brasil.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Autarquia sob regime especial, que tem sede e foro no Distrito Federal, e está presente em todo o território nacional por meio das coordenações de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.

Agente Público

Pessoa legalmente investida em cargo ou emprego público, em caráter efetivo, em comissão, de natureza especial, ou em mandato.

Agravo

Acréscimo no valor da mensalidade do plano de saúde do portador de doença ou lesão preexistente. Esse acréscimo será proporcional à cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à doença ou lesão preexistente. Para os beneficiários que tenham feito a opção de agravo, sua cobertura médica será irrestrita, nos termos da legislação e do regulamento do plano.

Agregado

Ver Beneficiário dependente, Dependente ou Agregado.

Alta complexidade

Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, objetivando propiciar acesso a serviços qualificados.

Alta médica

Ato que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.

ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ver).

ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ver).

Apólice coletiva ou contrato coletivo empresarial

Ato formal de contratação que ocorre entre a(s) operadora(a) de plano de saúde e o MBH, a fim de oferecer aos beneficiários os planos de saúde e odontológicos, conforme regras estabelecidas em decreto(s) e outras normativas a serem expedidas pela Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG.

Aquisição de direitos

Direito à utilização de serviços médico-hospitalares que o beneficiário adquire após sua adesão ao plano e aceitação por parte da operadora, decorridos os períodos de carência.

Área geográfica de abrangência

Território em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Atenção primária à saúde

É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação.

Atenção secundária à saúde

Nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação.

Atenção terciária à saúde

Nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.

Atendimento

Conjunto de serviços que se proporcionam ao indivíduo com a finalidade de prevenir doenças, restabelecer e proteger sua saúde.

Atendimento domiciliar

Conjunto de serviços disponibilizados ao beneficiário, fora do âmbito ambulatorial ou hospitalar, em seu domicílio. Ver, também, regime de internação - internação domiciliar.

Atendimento eletivo

Termo usado para caracterizar a prestação de serviços médicos não considerados de urgência ou emergência.

Atendimento identificado

Atendimento à saúde realizado por prestador integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) a beneficiário de plano privado de assistência à saúde, coberto pelo contrato celebrado com a operadora identificado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Auditoria médica

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar, criticamente, os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e eliminar as não conformidades.

Autorização de procedimentos

Processo, eletrônico ou não, utilizado como resposta à transação de solicitação de autorização de procedimento, que incorpora as solicitações das guias de Solicitação de Internação, Serviços Profissionais / Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, Odontológica / Solicitação e Odontológica / Cobrança, etc.

Autorização eletrônica

Processo pelo qual uma assinatura eletrônica é aposta em uma transação para indicar que a pessoa, com a autoridade delegada, autorizou efetivamente o processamento dos dados.

Autorização prévia

Ação de autorizar, permitir, dar consentimento expresso e/ou licença para a prática de ato específico relacionado a assistência à saúde.

Avaliação das tecnologias em saúde

Forma de investigar as consequências técnicas (quase sempre clínicas), econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, a curto, médio e longo prazos, bem como seus efeitos diretos e indiretos, desejados ou não.

B**Beneficiário**

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato pode tanto o caracterizar como detentor principal do vínculo com uma operadora, quanto com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

Beneficiário dependente, Dependente ou Agregado

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular; pessoa que mantenha relação de dependência com o titular e que faça parte do grupo familiar do titular no plano de saúde.

Beneficiário titular ou Titular

Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora; beneficiário que tenha aderido ao plano de saúde e seja responsável pelo custeio das despesas do grupo familiar.

Benefício

Ganho ou resultado positivo de qualquer tecnologia em saúde.

BM

Boletim de Matrícula.

Brasíndice

Tabela de preços de medicamentos e materiais contendo desde o preço de fábrica até os preços máximos de venda ao consumidor.

Business Intelligence

Pode ser traduzido como inteligência de negócios ou inteligência empresarial. É um conjunto de metodologias de gestão, implementadas através de ferramentas de software, cuja função é proporcionar ganhos nos processos decisórios gerenciais e da alta administração. Baseia-se na capacidade analítica das ferramentas que integram, em um só lugar, todas as informações necessárias ao processo decisório.

C**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

Cadastro que registra as informações acerca dos prestadores de serviços em saúde, pessoa física ou jurídica, visando disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos mesmos, em todas as esferas.

Cálculo atuarial

Cálculo efetuado conforme método definido na técnica atuarial.

Call Center

Central de atendimento (ver).

Caráter de emergência

Casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados pelo médico assistente.

Caráter de urgência

Casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gestação. Entendem-se como complicações na gestação as alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

Caráter eletivo

Procedimento realizado de forma programada, não envolvendo situação de urgência ou emergência.

Carência

Período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano.

Cartão do beneficiário

Documento que identifica, mediante numeração própria da Operadora, o beneficiário do plano de saúde com informações básicas sobre a pessoa e o plano que ela possui.

Central de atendimento

Centro de atendimento telefônico, ativo e receptivo.

Certificação

Procedimento pelo qual uma terceira parte dá garantia formal de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com um conjunto de regras e padrões pré-estabelecidos.

Certificado de Inclusão

Documento em que se confirma a aceitação da proposta de adesão para cada proponente, beneficiário titular e seus dependentes, indicados na ficha de adesão. Os certificados serão encaminhados ao beneficiário titular pela operadora.

CGC

Câmara de Coordenação Geral.

CID-10

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima edição.

Clínica

Estabelecimento destinado ao atendimento para consultas e tratamentos clínico-cirúrgicos, podendo ou não ter internamentos, sob a responsabilidade técnica e presença de médicos.

CNPJ

Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

Cobertura assistencial ambulatorial

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços com cobertura assistencial médico ambulatorial, compreendendo consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura assistencial de referência

Segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria, de oferecimento obrigatório pelas operadoras de planos privados de saúde.

Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços a saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência, determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação

hospitalar, compreendendo atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, décima edição, da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Cobertura assistencial hospitalar sem obstetrícia

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços, em regime de internação hospitalar, compreendendo as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, décima edição, da Organização Mundial da Saúde, e os procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato, com exceção da atenção ao parto.

Cobertura assistencial odontológica

Segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Conectividade

Capacidade ou possibilidade que tem um computador, dispositivo, sistema operacional, programa, etc., de operar em um ambiente de rede.

Conexão

Ligação entre dispositivos ou computadores com o objetivo de transferir dados.

Conselho de Saúde Suplementar – CONSU

Órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); fixar diretrizes gerais para implementação do setor de saúde suplementar; e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Conselho Federal de Medicina – CFM

Órgão responsável pela regulamentação, supervisão, disciplina e fiscalização da atividade profissional médica em todo o território nacional.

Conselho Federal de Odontologia – CFO

Órgão responsável pela regulamentação, supervisão, disciplina e fiscalização da atividade profissional odontológica em todo o território nacional.

Consignação ou consignação em folha

Desconto na remuneração, provento, pensão ou salário do agente público tendo por objeto o adimplemento de obrigações de sua titularidade, assumidas junto aos consignatários.

CONSU

Conselho de Saúde Suplementar (ver).

Consulta

Atendimento prestado ao beneficiário por profissional habilitado que consiste no exame clínico daquele, com apoio de instrumentos, visando estabelecer uma hipótese diagnóstica ou elucidar um diagnóstico, classificada em:

- a) primeira consulta: consulta inicial do beneficiário com o prestador;
- b) consulta de referência: consulta realizada por indicação de outro profissional, da mesma especialidade ou não, para continuidade de tratamento; e
- c) consulta de retorno: consulta eletiva em continuidade do tratamento e/ou acompanhamento do paciente, no mesmo prestador.

Consultório

Estabelecimento destinado ao ato básico de consulta clínica.

Conta Médica

Conjunto de documentos e registros com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre os procedimentos e os insumos (recursos humanos e materiais) de um determinado atendimento.

Contratada

Empresa ou instituição selecionada.

Contratado

Pessoa física ou jurídica credenciada para a prestação de determinado serviço e/ou material, mediante contrato formal.

Contratante

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, ou entidade da Administração Indireta ou Empresa Pública da Administração Indireta Municipal.

Contrato coletivo por adesão

Tipo de contrato em que a adesão do beneficiário ao plano é opcional e espontânea.

Contrato de plano de saúde coletivo

Instrumento jurídico, de caráter coletivo, firmado para contratação de operadora de plano privado de assistência à saúde por pessoa jurídica, visando garantir assistência à saúde para a população a ela vinculada.

Contrato de plano de saúde coletivo empresarial

Instrumento jurídico, firmado legalmente por pessoa jurídica, que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária.

Contrato de plano de saúde individual e familiar

Instrumento jurídico firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar.

Contributário

Tipo de contrato onde o beneficiário contribui mensalmente para o pagamento dos prêmios seu e da sua família.

Coparticipação

Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

CPF

Cadastro Nacional de Pessoa Física.

CPL

Comissão Permanente de Licitação.

Credenciada

Operadora e/ou Seguradora de Saúde habilitada para oferecer serviços de planos de saúde ambulatorial, hospitalar e odontológico, para os servidores municipais e demais servidores citados no instrumento respectivo.

Credenciamento

Processo periódico de habilitação de Operadoras e/ou Seguradoras para prestação dos serviços do instrumento respectivo.

CTGM

Controladoria Geral do Município de Belo Horizonte.

Custo Assistencial

Somatória de todos os recursos financeiros consumidos na assistência à saúde do paciente.

D**DDG**

(Serviço de) Discagem Direta Gratuita.

Declaração de saúde

Formulário, elaborado pelo Município, para registro de informações sobre as doenças e/ou lesões que o beneficiário seja portador e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os demais proponentes.

Dependente

Ver Beneficiário dependente, Dependente ou Agregado.

Diagnóstico

Determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas. A avaliação pode ser feita através de exame físico, exames laboratoriais ou similares.

DIRF

Declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte.

Doença

Alteração biológica do estado de saúde normal de um ser, manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não; enfermidade, mal ou moléstia.

Doença ou lesão preexistente

Toda doença ou lesão que o beneficiário ou o seu responsável saiba ser portador, à época da contratação do plano de saúde, e que deva ser declarada na proposta de adesão ao plano de assistência à saúde.

DOM

Diário Oficial do Município de Belo Horizonte.

DPGF-POG

Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças da SMPOG.

E**Elegibilidade**

Qualidade de elegível. Capacidade do indivíduo de ser aceito no plano de saúde.

Emergência

Situação causada por evento não programado que caracterize risco imediato de vida ou de lesão irreparável ao beneficiário, conforme avaliação do médico assistente.

Entidade

Pessoa jurídica pertencente à Administração Indireta do Município dotada de personalidade jurídica própria.

Equipe médica

Equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas nos cuidados prestados e toda a equipe contribui para o atendimento do paciente.

Estrutura organizacional

Resumo, esquema ou representação gráfica da organização de uma instituição, uma empresa ou das etapas sucessivas em um processo.

Ética médica

Conjunto de regras que regem o comportamento profissional dos médicos, de acordo com o Conselho Federal de Medicina – CFM.

Exames complementares

Métodos auxiliares realizados com objetivo de diagnosticar, rastrear, definir ou acompanhar determinada patologia, suspeitada ou já conhecida.

F**Faixa etária**

Intervalo de idade em que se encontra o beneficiário.

Faixa salarial

Valor bruto da remuneração, do subsídio, do salário, do provento de aposentadoria ou da pensão por morte, percebido pelo titular do plano de saúde.

Fatura

Documento fiscal, identificado, que representa uma conta a ser paga por prestação de serviços diversos, abrangendo um ou mais planos.

FGTS

Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

Financiamento da saúde

Provimento de recursos financeiros para o custeio com as despesas com a assistência à saúde.

Fiscalização

Ação ou atividade de verificação se algo é realizado de acordo com o previsto, regulamentado ou pactuado.

Franquia

Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

G

Gestão em saúde

Conjunto de medidas adotadas para planejar, organizar, operacionalizar e avaliar as atividades relacionadas a assistência à saúde.

Gestora

Empresa contratada para operacionalização dos planos de saúde e intermediação das credenciadas com o Município e os agentes públicos.

Glosas

Rejeição total ou parcial, com consequente cancelamento, de verbas ou parcelas de uma conta ou orçamento.

Grupo elegível

Conjunto de pessoas que mantêm vínculo de natureza funcional, devidamente comprovado, com as entidades públicas conveniadas e seus respectivos dependentes elegíveis ao plano de acordo com o regulamento.

Grupo familiar

O beneficiário titular e os seus dependentes do plano de saúde.

Guia de serviços profissionais

Modelo formal de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano de saúde e enviados do prestador para a operadora.

Guia Médico

Publicação da relação dos médicos e/ou serviços credenciados pela operadora, fornecida aos beneficiários.

H

Help Desk

Serviço de apoio aos funcionários para suporte e resolução de problemas técnicos em informática, telefonia e tecnologias de informação.

Hipótese diagnóstica

Fase inicial do processo de raciocínio clínico feito pelo profissional médico assistente, na qual são levantadas hipóteses, com algum grau de precisão, sobre a condição de saúde do paciente.

Hospital-dia

Atendimento realizado em regime hospitalar sem pernoite do paciente.

I

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDSS

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (ver).

Inadimplência

Deixar de cumprir (contrato, condição de contrato, prestação) nos termos e prazo convencionados.

Inclusão de beneficiário

Aceitação formal do proponente e de seus dependentes cujas características permitam identificá-los como pertencentes ao grupo elegível. Essa aceitação terá por base as informações fornecidas pelo Município ao qual se vincula o servidor e será caracterizada pela emissão do certificado de inclusão.

Indicação clínica

Patologia, sinal ou sintoma que justifica a solicitação de determinado procedimento.

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS

Índice que reflete o desempenho anual das operadoras de planos de saúde utilizado no Programa de Qualificação de Operadoras – PQO. O IDSS varia de zero a 1, sendo 1 o melhor desempenho e tem como objetivo comparar uma operadora com outra, dando subsídios para a escolha de um plano de saúde.

Índice de Desempenho Institucional

Medida de desempenho que avalia a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA

Índice nacional de preços que tem por objetivo medir a inflação de um conjunto de produtos e serviços comercializados no varejo, referentes ao consumo pessoal das famílias. O cálculo e a divulgação são realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Informação de saúde

Informações sobre a saúde do beneficiário, incluindo dados demográficos, coletada ou armazenada sobre os eventos assistenciais prestados.

Infraestrutura do Sistema de Saúde

Entende-se como o conjunto de instalações, estabelecimentos, serviços e os recursos humanos necessários para executar os diferentes programas de saúde.

Inscrição

Ato de incluir um beneficiário no plano, condicionada a assinatura do termo de adesão.

Internação cirúrgica

Internação objetivada por realização de ato cirúrgico em paciente no ambiente hospitalar.

Internação clínica

Internação objetivada por realização de acompanhamento clínico ou diagnóstico.

Internação domiciliar

Conjunto de serviços disponibilizados ao beneficiário, fora do âmbito ambulatorial ou hospitalar, em seu domicílio.

Internação hospitalar

Quando o beneficiário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Internação obstétrica

Internação objetivada por realização de acompanhamento, diagnóstico, intervenção de caráter obstétrico, em ambiente hospitalar.

Internação pediátrica

Internação voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças, desde o nascimento até a adolescência.

Internação psiquiátrica

Internação relacionada com a aplicação de princípios da psiquiatria no cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais.

IPCA

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (ver).

IVR

Índice de valoração do ressarcimento.

L**Laudo médico**

Documento contendo parecer técnico do médico assistente, perito ou especialista sobre determinada questão.

LGPD ou LGPDP

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

M**Margem consignável**

Percentual máximo da remuneração do agente público que pode ser comprometido na folha de pagamento para quitação de consignações facultativas como, a exemplo, empréstimos bancários e custeio de plano de saúde.

Manual do beneficiário

Manual com instruções de como proceder nas mais diversas situações, decorrentes da utilização dos benefícios e do cumprimento do regulamento do plano de saúde.

Medicamentos

Produtos farmacêuticos, tecnicamente obtidos ou elaborados com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins de diagnóstico.

Medicina de grupo

Organizações que operam planos privados de assistência à saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar, com hospitais próprios e/ou rede conveniada.

MBH

Município de Belo Horizonte.

N**Normas**

Conjunto de regras ou padrões que devem ser seguidos ou aos quais as condutas, tarefas e atividades devem se ajustar.

Número da autorização

Senha fornecida pelo sistema que autoriza o beneficiário a receber algum tipo de serviço médico.

O**OMS**

Organização Mundial de Saúde.

Operadora

Pessoa jurídica que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde para prestação de serviços odontológicos, médicos e hospitalares e que mantenha contrato com a PBH.

Operadora de plano privado de assistência à saúde

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar, com hospitais próprios e/ou rede conveniada.

OPM

Órtese, prótese ou material especial utilizado em procedimentos de atendimento ao paciente.

Órteses

Dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, através de ato cirúrgico, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função.

P**Paciente**

Pessoa doente sob cuidados médicos.

PBH

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Pensão

Benefício pago aos dependentes do servidor falecido.

Plano ativo

Plano privado de assistência à saúde com o registro em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização.

Plano coletivo

Plano privado de contratação coletiva que compreende a assistência à saúde oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional, vinculada a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária ou vinculada a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.

Plano coletivo empresarial

Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Plano de saúde

Benefício concedido aos agentes públicos de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, por meio da prestação de serviços odontológicos, médicos e hospitalares, conforme regras estabelecidas em decreto(s) e outras normativas a serem expedidas pela Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG.

Plano de tratamento odontológico

Planejamento do tratamento ao paciente, registrando os procedimentos propostos e a descrição minuciosa dos materiais que serão aplicados.

Plano hospitalar

Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não incluindo procedimentos ambulatoriais, excetuando-se os procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada, em ambiente hospitalar, e listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Plano hospitalar com obstetria

Plano privado de assistência à saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e à cobertura do recém-nascido, bem como o direito de sua inclusão no plano de saúde sem cumprimento de carências.

Plano individual ou familiar

Plano que compreende a assistência à saúde de contratação individual oferecido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Plano novo

Plano privado de assistência à saúde, comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Plano odontológico

Plano privado de assistência à saúde que compreende todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação odontológica.

Plano privado de assistência à saúde

Prestação continuada de serviços e/ou cobertura de custos assistenciais, contratada por pessoa física ou jurídica, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde.

Plano referência

Plano privado de assistência à saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar compreendendo obstetria e acomodação em enfermaria, de oferecimento obrigatório pelas Operadoras de Planos Privados de Saúde.

Portabilidade de carências

Contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na ANS, na mesma ou

em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

Portabilidade especial de carências

Contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais conforme Resolução Normativa ANS nº 252, de 28 de abril de 2011, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária, exigíveis e já cumpridos no plano de origem.

PQO

Programa de Qualificação das Operadoras (ver).

Prazo de permanência

Período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências, com base na regra prevista no artigo 3º da Resolução Normativa ANS nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e suas atualizações.

Pré-consulta

Também chamada de consulta de preparo, é o conjunto de atividades desenvolvidas na fase anterior da consulta médica. É efetuada a coleta e o registro no prontuário do paciente de dados como peso, pulso, pressão arterial, além de outros dados que estejam programados para o caso. A pré-consulta também favorece a detecção de casos suspeitos que devem ser encaminhados para a confirmação e posterior inscrição nos programas específicos de cuidados.

Prestador de serviços de saúde

Pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviços às operadoras de plano privado de assistência à saúde.

Prevenção de doenças

Inclui medidas de profilaxia, bem como meios de impedir a disseminação de doenças ou reduzir suas consequências.

Procedimento

Todo ato médico ou paramédico relacionado na tabela de procedimentos cobertos do plano de saúde, praticados ou não em regime de internação hospitalar.

Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, Sin. PM-QUALISS

Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar. Sistema de avaliação da qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que tem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

Programa de Qualificação da Saúde Suplementar

Estratégia da Política de Qualificação da Saúde Suplementar que consiste na avaliação sistemática de um

conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de Saúde Suplementar, possibilitando à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS o monitoramento do desempenho institucional e das operadoras.

Programa de Qualificação das Operadoras – PQO

Programa da ANS que avalia, anualmente, o desempenho das operadoras de planos privados de saúde, por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora, que varia de zero a 1, sendo 1 a melhor nota.

Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, Sin. QUALISS

Programa de natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o objetivo de estabelecer e divulgar os atributos de qualidades dos prestadores de serviços na saúde suplementar.

Programa de saneamento assistencial

Conjunto de medidas corretivas, estratégias, ações, documentos, metas e cronograma apresentados pelas operadoras, com o objetivo de sanar, durante a vigência da Direção Técnica, as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial que motivaram a instauração do Regime Especial, assim como as demais circunstâncias apontadas pelo Diretor Técnico.

Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

Conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Promoção da Saúde

Processo social e político abrangente que visa aumentar as habilidades e os conhecimentos dos indivíduos em termos de saúde e modificar as condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar os danos na carteira e na saúde de cada indivíduo. As prioridades de promoção da saúde: (a) fomentar a responsabilidade social em saúde; (b) melhorar a capacidade da comunidade e reforçar o poder do indivíduo; (c) aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde; (d) garantir uma infraestrutura para a promoção de saúde; (e) fortalecer as evidências na promoção da saúde; e, (f) reorientar os sistemas e os serviços de saúde.

Prótese

Peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

Protocolo clínico

Conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões. Nos protocolos clínicos são estabelecidos, claramente, os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, mecanismos de controle, acompanhamento, verificação de resultados, racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Provento

Retribuição pecuniária pelo exercício do trabalho.

Q

QUALISS

Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (ver).

R

Rede prestadora de serviços de saúde

Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Recurso ou serviço Credenciado/Contratado

Aqueles colocados à disposição do beneficiário para o atendimento médico-hospitalar e que não são realizados em rede própria pela operadora, mas por terceiros.

Recursos de saúde

Todos os meios disponíveis para o funcionamento de um sistema de saúde, incluindo recursos humanos, equipamentos, suprimentos, fundos, conhecimento e tecnologia. Esses recursos indispensáveis devem estar bem planejados, organizados e administrados, e constituem a infraestrutura do sistema de saúde.

Rede Credenciada

Conjunto de prestadores de serviços médico-hospitalares que mantêm relacionamento comercial com a operadora, com o objetivo de prestar assistência aos beneficiários de plano de saúde.

Região

Conceituada como local de atenção à saúde, envolvendo um ou mais Municípios, disponibilizando ações de atenção primária, sendo constituída a partir de 500 beneficiários.

Regime de internação

Forma de disponibilização de serviços ao beneficiário, através de internação hospitalar, hospital-dia ou domiciliar.

Remoção

Deslocamento do paciente de uma unidade de atendimento para outra, de acordo com o regulamento do plano.

Remuneração

Equivale ao vencimento mais as vantagens pecuniárias atribuídas em lei.

RPPS

Regime Próprio de Previdência Social do Município de Belo Horizonte.

S

Saúde

Estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do

que é sadio ou são.

Saúde Suplementar

No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público, seus beneficiários e prestadores de serviços de saúde.

Seguradora especializada em saúde

Sociedades autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro.

Segurança de(a) Informação

Proteção de um conjunto de dados, no sentido de preservar o valor que possuem para um indivíduo ou uma organização. São características básicas da segurança da informação os atributos de confidencialidade, integridade e disponibilidade, não estando esta segurança restrita somente a sistemas computacionais, informações eletrônicas ou sistemas de armazenamento. O conceito se aplica a todos os aspectos de proteção de informações e dados. O conceito de Segurança Informática ou Segurança de Computadores está intimamente relacionado com o de Segurança da Informação, incluindo não apenas a segurança dos dados/informação, mas, também, a dos sistemas em si.

Senha de autorização

Número adotado para identificar uma autorização de determinado serviço.

Setor de saúde

Setor que inclui organizações, profissionais e grupos que prestam serviços de saúde, na área pública ou privada.

Sinistralidade

Relação entre o custo assistencial em proporção à receita obtida.

SISOB

Sistema Informatizado de Controle de Óbitos.

Sistema da Qualidade

Envolve todas as ações planejadas e sistematizadas que são necessárias para garantir que uma estrutura, sistema, componente ou procedimento funcione satisfatoriamente em consonância com as normas aprovadas. Conjunto sistemático de medidas que avaliam e monitoram os processos e serviços de acordo com os padrões estabelecidos.

Sistema Único de Saúde – SUS

Sistema público de saúde que obriga a União a universalizar a assistência à saúde do cidadão. Criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

SLA ou Service Level Agreement

O Service Level Agreement (SLA) ou Acordo de Nível de Serviço, em português, refere-se à especificação, em termos mensuráveis e claros, dos serviços que o contratante pode esperar do fornecedor na negociação. Além disso, apresenta metas de nível de serviço, termos de compromisso, prazos de contratos, suporte técnico, entre outros. Em outras palavras, é um esclarecimento técnico do contrato.

SMPOG

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão.

SMS

Short Message Service ou Serviço de Mensagens Curtas.

SUCAF

Sistema Único de Cadastro de Fornecedores.

SUGESP

Subsecretaria de Gestão de Pessoas.

SUPREV

Subsecretaria de Gestão de Previdenciária e da Saúde do Segurado.

SUSEP

Superintendência de Seguros Privados, autarquia da Administração Pública Federal brasileira.

T**Tabela AMB**

Tabela de procedimentos médicos emitida pela Associação Médica Brasileira que registra e classifica todos os possíveis procedimentos médicos disponíveis, utilizada como base na contratação de serviços no processo de credenciamento entre prestadores e planos privados de saúde.

Tabela CBHPM

Tabela de procedimentos elaborada pelas entidades médicas com objetivo de servir como padrão de referência na remuneração dos procedimentos médicos na saúde suplementar.

TCU

Tribunal de Contas da União.

Tecnologia de(a) Informação e Comunicação

Conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para geração e uso da informação. O termo, também, é comumente utilizado para designar o conjunto de recursos não humanos dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação da informação, bem como o modo como esses recursos estão organizados em um sistema capaz de executar um conjunto de tarefas. A tecnologia da informação e comunicação abrange todas as atividades desenvolvidas na sociedade pelos recursos da informática. É a difusão social da informação em larga escala de transmissão, a partir destes sistemas tecnológicos inteligentes. Seu acesso pode ser de domínio público ou privado, na prestação de serviços das mais variadas formas.

Termo de Adesão

Proposta de participação, preenchida pelo beneficiário titular, para filiação no plano.

Titular

Ver Beneficiário titular ou Titular.

TR

Termo de Referência.

Tratamento experimental

Tratamento não reconhecido pelos conselhos e/ou órgãos competentes.

Troca de Informação em Saúde Suplementar

Padrão para troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, para a melhoria na qualidade do atendimento, racionalização dos custos administrativos das operadoras e prestadores, bem como a otimização dos recursos existentes. Contemplam as guias, os demonstrativos de retorno e as transações eletrônicas utilizadas para a Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS.

U**União estável**

É reconhecida como entidade familiar a união estável entre duas pessoas, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família, atendidos os preceitos legais.

UTI

Unidade de Terapia Intensiva.

V**Vantagens pecuniárias**

São acréscimos de estipêndio do funcionário, concedidas a título definitivo ou transitório, pela decorrência do tempo de serviço, ou pelo desempenho de funções especiais, ou em razão das condições anormais em que realiza o serviço, ou, finalmente, em razão das condições pessoais do servidor.

Vencimento

Retribuição pecuniária pelo efetivo exercício do cargo correspondente ao padrão fixado em lei.

Vigência do Benefício ou do Plano

Primeiro dia do mês subsequente à assinatura do termo de adesão no plano de saúde pelo beneficiário titular.

ANEXO VI**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO****1. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA**

A documentação obrigatória para participação no credenciamento deverá ser apresentada conforme as exigências estabelecidas no Edital e no Termo de Referência DGSA/SUPREV nº 002/2026.

2. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____

UF: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome: _____

CPF: _____

Cargo/Função: _____

Profissão: _____

Nacionalidade: _____

Endereço Profissional: _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____

UF: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

3. REQUERIMENTO

A empresa acima identificada vem perante a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão – SMPOG, por intermédio da Subsecretaria de Gestão Previdenciária e da Saúde do Segurado – SUPREV, requerer seu credenciamento para prestação de serviços de assistência à saúde suplementar, nos termos do Edital de Credenciamento e do Termo de Referência DGSA/SUPREV nº 002/2026, cujo objeto consiste no credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para

atendimento aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, juntando para tanto toda a documentação exigida.

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O representante legal da empresa, sob as penas da lei, especialmente do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, declara que:

- Tem pleno conhecimento e aceita integralmente as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento e no Termo de Referência DGSA/SUPREV nº 002/2026;
- Atende integralmente às condições de habilitação jurídica, regularidade fiscal, social, trabalhista e econômico-financeira exigidas para o credenciamento;
- Possui autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e mantém situação regular perante os órgãos de fiscalização competentes;
- Possui capacidade técnica, operacional e estrutura assistencial compatíveis com os serviços objeto do credenciamento;
- Apresentará, quando solicitado, toda a documentação comprobatória das declarações prestadas;
- Mantém rede credenciada compatível com os requisitos mínimos estabelecidos no Termo de Referência;
- Inexistem fatos impeditivos para sua habilitação e credenciamento, comprometendo-se a comunicar imediatamente qualquer ocorrência superveniente;
- Compromete-se a cumprir integralmente as obrigações decorrentes do futuro contrato e da legislação aplicável à saúde suplementar.

Local e Data: _____

Assinatura do Representante Legal

Nome: _____

CPF: _____

ANEXO VII**TERMO DE DESCREDENCIAMENTO**

Pelo presente, eu, _____(nome do representante legal), inscrito no CPF nº _____, como representante legal responsável pela empresa _____(razão social), inscrita no CNPJ nº _____, situada em _____(endereço), _____/_____(cidade/UF), registro o pedido voluntário de **descredenciamento** desta empresa/profissional ao chamamento público nº ____/____. Declaro, para os devidos fins, que a empresa executou fielmente o contrato firmado com o Município de Belo Horizonte, bem como atesto conhecimento de que o efetivo descredenciamento ocorrerá em período ininterrupto de até 30 (trinta) dias, onde essa empresa envidará esforços para realizar todos os atendimentos necessários para que nenhuma das partes seja prejudicada.

_____, _____de _____de _____

Nome e assinatura

ANEXO VIII**DECLARAÇÕES**

Objeto: Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na ANS para prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterapia, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana Belo Horizonte, aos agentes públicos do Município de Belo Horizonte, ativos e inativos, da Administração direta e indireta do Poder Executivo, do Poder Legislativo e da PBH Ativos S.A., bem como aos respectivos dependentes e pensionistas.

Edital de Chamamento Público nº/2026

[Nome da Empresa]

CNPJ: [Número do CNPJ]

Endereço: [Endereço completo da empresa]

Telefone/Email:[Informações de contato]

Pelo presente instrumento, a [Nome da Empresa de Transporte], inscrita no CNPJ sob o nº [CNPJ], declara, para fins de atendimento aos requisitos do Termo de Referência:

DECLARO que possuo ciência das obrigações previstas no contrato de credenciamento, além das condições previstas na legislação aplicável.

Declaro que estou ciente e concordo com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como reconheço que os valores definidos para os serviços compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório.

Declaro que não possuo empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

Declaro possuir ciência de que a existência de credenciamento ativo, implicará compromisso de execução dos serviços nas condições estabelecidas, mas não obrigará a Administração a contratar;

Declaro que cumpro os requisitos estabelecidos no [artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021](#) (Somente para o interessado organizado em cooperativa)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável legal da empresa licitante

ANEXO IX**MODELO DE DECLARAÇÃO DA LEI ORGÂNICA****CHAMAMENTO PÚBLICO Nº**

Declaro, para os devidos fins, que os trabalhadores da (Razão Social do Licitante) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, sediada no _____ (endereço completo) _____, envolvidos na execução do objeto da licitação mencionada acima não incorrem nas proibições previstas no artigo 49-B da Lei Orgânica deste Município, in verbis:

Art. 49-B - Não poderão prestar serviço a órgãos e entidades do Município os trabalhadores das empresas contratadas declarados inelegíveis em resultado de decisão transitada em julgado ou proferida por órgão colegiado relativa a, pelo menos, uma das seguintes situações:

Art. 49-B acrescentado pela Emenda à Lei Orgânica nº 23, de 14/09/2011 (Art. 2º)

I - representação contra sua pessoa julgada procedente pela Justiça Eleitoral em processo de abuso do poder econômico ou político;

II - condenação por crimes contra a economia popular, a fé pública, a administração pública ou o patrimônio público.

Parágrafo único - Ficam as empresas a que se refere o caput deste artigo obrigadas a apresentar ao contratante, antes do início da execução do contrato, declaração de que os trabalhadores que prestarão serviço ao Município não incorrem nas proibições de que trata este artigo. (NR)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável legal da adjudicatária