



## ANEXO I TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. OBJETO

1.1. Credenciamento de operadoras de planos de assistência à saúde suplementar registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.1.1. As operadoras deverão, na forma de consignação em folha de pagamento nos termos do Decreto Municipal 15.573/14 e suas alterações, prestar serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, de abrangência para região metropolitana de Belo Horizonte, a todos os empregados da Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte S/A. - BHTRANS, bem como aos respectivos dependentes e aposentados atualmente vinculados ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar - PAMEH que poderão aderir, ou não, no âmbito e condições de cobertura estabelecidas pelo plano/seguro saúde por eles eventualmente escolhido, dentre aqueles contratados.

1.2. A prestação dos serviços de assistência à saúde será disciplinada pelo Termo de Credenciamento e pelos termos deste instrumento, pelo Decreto Municipal 15.573/14 e suas alterações, e em conformidade com a legislação em vigor, em especial com a Lei Federal nº 9.656/98 e as regulamentações complementares, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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

1.4. 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.

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

1.6. A prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, fisioterápica, psicológica, farmacêutica na internação e odontológica, com coparticipação, a todos os empregados da BHTRANS ativos, dependentes e aposentados atualmente vinculados ao PAMEH, bem como aos respectivos dependentes são serviços caracterizados como continuados e necessários à BHTRANS e cuja contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro.

### 2. CREDENCIAMENTO

2.1. As operadoras poderão se candidatar ao credenciamento de quais planos forem de seu interesse, não existindo número mínimo ou máximo de planos para credenciar-se, desde que cumpram as exigências necessárias para qualificação em cada plano.

2.2. Uma vez credenciada, a operadora deverá garantir o atendimento do beneficiário pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, sob pena de multa, de acordo com o Decreto Municipal nº 15.113, de 08 de janeiro de 2013.

2.3. O prazo mínimo estipulado no subitem anterior poderá ser prorrogado nos termos da lei.

2.3.1. **Caso a operadora não tenha interesse na prorrogação, a mesma deverá avisar formalmente à BHTRANS com antecedência de 60 (sessenta) dias do término da vigência do Termo de Credenciamento.**





### 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 Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 11, 12 e 13, de 1998, 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;

3.4.2. 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. Deverão ser ofertados programas de Promoção e Prevenção à Saúde, conforme perfil epidemiológico da carteira sob demanda justificada da BHTRANS, sem impacto financeiro adicional para a BHTRANS.

3.8. Para os programas de promoção da saúde cada operadora credenciada deverá destinar o valor correspondente a 2% (dois por cento) da fatura mensal do Termo de Credenciamento, cujas ações e políticas serão definidas de acordo com orientações e definições da BHTRANS.

3.9. Os programas de promoção à saúde deverão fornecer materiais de divulgação e informativos, impressos e digitais, de acordo com calendário de saúde do Ministério da Saúde, suficientes para alcançar todas as unidades administrativas da BHTRANS.

3.10. A Gerência de Administração de Recursos Humanos - GEARH poderá indicar programas e ações que deverão ser realizados pelas Credenciadas, desde que dentro do valor descrito no item 3.8.

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 necessitarem 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, as Resoluções do CONSU e as Resoluções normativas da ANS, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei. 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 por adesão, facultativo, copatrocinado pela BHTRANS (contribuinte), 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.

|         |  |             |                   |
|---------|--|-------------|-------------------|
| 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   | NSA         | Rede Ampla        |

5.5. O Plano 6, Odontológico, poderá ser escolhido de forma opcional independentemente da adesão ou não do usuário aos demais planos. O grupo familiar terá obrigatoriamente os mesmos planos escolhidos pelo titular.

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 destes 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 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.

5.6.2. Por tratar-se de uma modalidade de organização do cuidado apenas recentemente introduzida na saúde suplementar, será exigida das empresas credenciadas para estes planos o





registro do mesmo, em até 60 (sessenta) dias após o prazo final do Credenciamento. Caso a credenciada opte por não fazer o registro, faz-se necessário apresentar documento validado pela ANS que garanta o funcionamento do modelo nos moldes anteriormente descritos, sem risco de descontinuidade.

## **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 (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.

## **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 Termo de Referência.

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 item 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 abaixo os valores máximos a serem cobrados, conforme os seguintes eventos:

| Eventos   | Valores máximos de coparticipação |
|---|-----------------------------------|
| Consulta Eletiva  | R\$ 22,36                         |
| Consulta PA   | R\$ 34,76                         |
| Consulta Eletiva em Unidade de Atenção Básica                                 | R\$ 0,00                          |
| Exames e Procedimentos simples/ Terapias reduzidas                            | R\$ 7,33                          |
| Exames e Procedimentos especiais/ Terapias diferenciadas (subespecialidades*) | R\$ 31,05                         |
| Internação Enfermaria   | R\$ 74,51                         |
| Internação Apartamento  | R\$ 149,01                        |

\* nutricionista/psicólogo/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

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 instrumento serão discutidos durante as repactuações e ficarão a cargo da gestão da BHTRANS.

8.6. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão 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 2 (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 3 (três) membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Credenciada em questão, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos 2 (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 à BHTRANS.





8.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à BHTRANS 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 e da BHTRANS.

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 tratam este instrumento.

9.2. Todos os beneficiários atuais deverão realizar nova adesão a um dos planos de saúde e/ou odontológicos credenciados, caso exista interesse, de acordo com os itens abaixo:

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. Todos os beneficiários deverão realizar a nova adesão em um prazo de até 30 (trinta) dias após a assinatura do Termo de Credenciamento, em períodos e locais a serem definidos e organizados pela BHTRANS.

9.2.3. Caberá às operadoras credenciadas o fornecimento de material explicativo quanto aos seus planos e valores de maneira a esclarecer para o empregado.

9.2.4. Caberá à Gestora Contratada pela BHTRANS realizar todas as inclusões das novas adesões em tempo hábil, de acordo com os prazos citados no item 9.2.2 e conforme as disposições do item 16.

9.3. Uma vez realizada a adesão o beneficiário não poderá mudar o plano escolhido até o aniversário da apólice (períodos de 12 meses – 1º período inicia-se após a assinatura do Termo de Credenciamento), quando poderá fazer nova opção de adesão de operadora e níveis de planos. Exclui-se dessa regra movimentações para ingresso nos planos de Saúde da Família, mantendo a regra de permanência de 12 (doze) meses quando da adesão nesse Plano.







9.4. O prazo para movimentações previstas no item 9.3 (mudança de plano e/ou de operadora) será de 30 (trinta) dias após aniversário da apólice e publicação de valores, sem quaisquer perdas de cobertura ou carências para os beneficiários.

9.5. Passados os prazos dos itens 9.2 e 9.4, todas as adesões de empregados que já trabalham na BHTRANS deverão cumprir as carências estabelecidas pela ANS.

9.6. Para os novos empregados (novas contratações) será dado um prazo de até 120 (cento e vinte) dias da sua admissão para realização da adesão e inclusão aos planos credenciados, sem nenhuma carência. Inclusões realizadas fora deste prazo deverão cumprir as carências da ANS.

9.7. Caberá à BHTRANS a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos empregados ativos e dos aposentados atualmente vinculados ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar - PAMEH com ela própria e a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com os empregados, quando solicitados pelas Credenciadas.

9.8. Caberá à Gestora encaminhar às Credenciadas, em até 24 (vinte e quatro) horas, as solicitações de adesão e exclusão dos beneficiários, sendo a data de recebimento considerada o marco para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência (quando houver).

9.9. Para efeito deste instrumento, são considerados beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:

I) Na qualidade de Beneficiário Titular: os empregados ocupantes de emprego efetivo e de recrutamento amplo e os empregados aposentados atualmente vinculados ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar – PAMEH;

II) Na qualidade de Beneficiário-Dependente do empregado:

- 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 aos mesmos critérios para o reconhecimento da união estável;
- c) A pessoa separada judicialmente ou divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) 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;
- f) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “d” e “e”.

III Na qualidade de Dependente-Agregado do empregado desde que o Beneficiário Titular assuma, integralmente, o respectivo custeio:

- a) Pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, desde que o valor do custeio seja assumido pelo Beneficiário Titular, sem subsídio da BHTRANS;
- b) Filhos e enteados acima de 24 (vinte e quatro) anos desde que o valor do custeio seja assumido pelo Beneficiário Titular, sem subsídio da BHTRANS.
- c) Não serão aceitas novas inclusões de agregados.

9.10. A existência de dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso II do subitem anterior inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” daquele inciso.

9.11. É assegurada a inclusão:





a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do empregado ativo ou aposentado (atualmente vinculado ao Plano de Assistência Médica Hospitalar – PAMEH), isento do cumprimento dos períodos de carência, 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;

c) do pensionista no mesmo plano atual, sem o cumprimento de nova carência, desde que este se inscreva nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do Beneficiário Titular.

9.12. A adesão dos beneficiários titulares e pensionistas 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 da BHTRANS, 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 e dependentes agregados 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 e do Dependente Agregado 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, cabendo à BHTRANS arcar com a responsabilidade do repasse desse pagamento, de acordo com a tabela de valores do plano escolhido.

9.15. Os beneficiários dependentes, já incluídos em um dos planos por Beneficiário Titular que venha a falecer no período de vigência do contrato, poderão permanecer no mesmo plano, nos limites e condições estabelecidos neste instrumento, devendo assumir, durante o período, o respectivo custeio, sem subsídio, das despesas, por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pela Credenciada, com conhecimento da Gestora.

9.16. 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”. A BHTRANS estende esse prazo em até 120 (cento e vinte) dias da sua data de admissão, escrito em contracheque do empregado.

9.17. Os beneficiários titulares e os beneficiários pensionistas poderão solicitar sua exclusão voluntária do plano ao qual tenham aderido, a qualquer tempo, mediante a assinatura de "Termo de Exclusão", a ser encaminhado à Gestora do Plano.

9.18. A exclusão do empregado implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

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

9.20. As exclusões compulsórias do Plano de Assistência à Saúde Suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

a) Pedido de dispensa, dispensa do emprego por justa causa, fim ou perda do mandato;

b) Não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o empregado seja comprovadamente notificado pelas Credenciadas até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência;

c) Decisão administrativa ou judicial;

d) Fraude ou inadimplência e





e) Outras situações previstas em Lei.

9.21. A exclusão do empregado do plano de assistência à saúde suplementar se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, dispensa e demissão, salvo os casos dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

9.22. No caso de suspensão de remuneração ou proventos, ou licença sem vencimentos mesmo que temporariamente; 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 encaminhado diretamente pela Credenciada, com conhecimento da Gestora.

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

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

b) sem ônus para a BHTRANS o beneficiário poderá optar por permanecer no Plano de Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período do afastamento, o respectivo custeio das despesas, através de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas.

9.24. 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 encaminhado diretamente pela Credenciada, com conhecimento da Gestora.

9.25. O ex-empregado aposentado, que contribuiu pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, tem o direito de manter sua condição de beneficiário, em carteira específica de demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

9.26. O ex-empregado aposentado, que contribuiu para planos privados de assistência à saúde no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior a 10 (dez) anos, tem o direito de manutenção como beneficiário, em carteira específica de demitidos e aposentados das operadoras credenciadas, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

9.27. É garantida a manutenção de beneficiários titulares, após a perda do vínculo com a BHTRANS, 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 vinculado às Credenciadas, ficando a BHTRANS isenta 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, ou sucessores, 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 a BHTRANS;

c) 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 SISOB, podendo o pensionista, caso tenha interesse, realizar nova adesão quando do deferimento da pensão.

9.27.1. 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 empregado solicitar seu desligamento.





9.28. Caberá às operadoras credenciadas oferecer carteiras que viabilizem os termos previstos neste instrumento para demitidos e aposentados.

9.29. Caberá à BHTRANS, por meio da Gestora, solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde. As Credenciadas só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da BHTRANS, nas hipóteses de fraude ou por perda de vínculo do titular, previstos nos artigos 5º e 9º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

9.30. A BHTRANS, 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.

9.31. Na falta ou insuficiência de margem consignável, o empregado deverá assumir o custeio das despesas por meio de boleto bancário encaminhado diretamente pelas Credenciadas. Sendo este inadimplente, por mais de 60 (sessenta) dias corridos, a BHTRANS assume o custeio da despesa se responsabilizando pela cobrança posterior ao beneficiário por meio da Gestora.

9.32. A BHTRANS 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.

9.33. O empregado inadimplente deverá quitar seu débito junto à Credenciada, mesmo em caso de exclusão.

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

9.35. Todas as movimentações e adesões deverão seguir um modelo de layout a ser disponibilizado pela BHTRANS 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
- c) 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 Termo de Credenciamento.

10.4. Será facultativo as Credenciadas devolver as faturas, recibos ou notas fiscais originais aos beneficiários, no caso de pedido de reembolso.

## 11. CUSTEIO DOS PLANOS

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

11.2. A contribuição da BHTRANS poderá chegar até 92% (noventa e dois por cento) do valor da mensalidade do empregado, em razão inversa da faixa salarial e da faixa etária e será repassada diretamente às Credenciadas. Os valores de subsídio dos planos odontológicos não seguirão os mesmos critérios, regras e percentuais dos planos de saúde.

11.3. Caso a cobrança da contribuição de responsabilidade dos beneficiários titulares não possa ser efetuada por meio de consignação em folha de pagamento da BHTRANS, independentemente do motivo, as Credenciadas poderão efetuar a cobrança por meio da emissão de boleto bancário.

11.4. A contribuição mensal à BHTRANS para custeio da Assistência à Saúde é determinada pela Lei Orçamentária e seus instrumentos, cuja alteração implicará, automaticamente, na alteração do valor da contribuição do empregado na mesma proporção, exceto para eventuais Dependentes - Agregados, cuja contraprestação pecuniária será repassada integralmente ao Beneficiário Titular através de desconto em seu contracheque.

11.5. As Credenciadas informarão mensalmente à BHTRANS, através da Gestora, o número de Beneficiários Titulares, Dependentes, Pensionistas e Dependentes - Agregados até o primeiro dia útil do mês da competência, disponibilizando a sua base de dados cadastrais.

11.6. As cláusulas previstas neste Termo de Referência que impliquem desembolso de recursos por parte da BHTRANS estarão sujeitas à aprovação da Câmara de Coordenação Geral – CCG da PBH.

## 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) Avaliação 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 pela BHTRANS:

- 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 preferencial e/ou credenciada.

12.3. Os seguintes princípios gerais nortearão a Gerência de Administração de Recursos Humanos - GEARH no planejamento, monitoramento e avaliação da qualidade:

- a) foco no beneficiário: entender às necessidades dos beneficiários com relação ao atendimento e acesso aos serviços de saúde;
- b) gestão por diretrizes: estabelecer direção de forma planejada para atendimento das premissas do usuário do Plano de Saúde contratado;
- 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 neste termo de referência;
- 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 BHTRANS.

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 A BHTRANS realizará semestralmente pesquisa de satisfação dos beneficiários do plano de saúde, tendo como eixos estruturadores os itens descritos no item 12.4. O instrumento de coleta de dados será validado a priori com as Credenciadas.

12.5. As Credenciadas partem do reconhecimento da importância de estabelecer novos padrões de serviços para atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, assegurando assim, que estas serão satisfeitas. Compromete-se também com a procura da melhoria contínua destes padrões, buscando garantir que os beneficiários continuem desejando permanecer como usuário dos serviços das Credenciadas.

12.6. A BHTRANS anualmente, por meio da Gerência de Administração de Recursos Humanos - GEARH, 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. A BHTRANS 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. A BHTRANS requisitará à direção da operadora a garantia de que as necessidades de saúde dos beneficiários serão sempre analisadas criticamente, compreendidas e atendidas.

12.9. A BHTRANS receberá um organograma da operadora, mostrando seus responsáveis, o inter-relacionamento 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 a BHTRANS 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 BHTRANS, a qual coloca a necessidade do usuário como centro da organização dos serviços. Estes 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 Gerência de Administração de Recursos Humanos - GEARH. 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 e Matrícula);
- 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. a ação, atividade ou procedimento realizado.

### **13. MONITORAMENTO**

13.1. A BHTRANS, por meio da Gerência de Administração de Recursos Humanos - GEARH, 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: 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)

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

**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.

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

**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.

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

**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.

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

**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-lhe 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.

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

#### 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 pela 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.

$$\text{Índice de inclusão} = \frac{\text{nº de usuários que apresentam condições específicas e que foram incluídos em linhas de cuidado}}{\text{nº de beneficiários que apresentam condições específicas conhecidos pela CONTRATANTE}} \times 100$$

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*

$$\text{Prev. de tabagismo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam fumar cigarros}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

III. *Prevalência de sobrepeso e obesidade*

$$\text{Prev. de sobrepeso} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com IMC de } 25 \text{ a } 29,9 \text{ Kg/m}^2}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$
$$\text{Prevalência de obesidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

IV. *Prevalência de dieta inadequada*

$$\text{Consumo insuficiente de frutas e verduras} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários com consumo insuficiente de frutas e verduras}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$
$$\text{Consumo excessivo de sal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que consomem sal em excesso}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

V. *Prevalência de consumo excessivo de álcool*

$$\text{Consumo excessivo de álcool} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam consumo semanal de 15 ou mais doses de bebida alcoólica por semana}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

VI. *Prevalência de hipertensão arterial (HA)*

$$\text{Prev. de HA} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de HA}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

VII. *Diabetes (DM)*

$$\text{Prev. de DM} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de DM}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

VIII. *Depressão*

$$\text{Prev. de depressão} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que relatam diagnóstico de depressão}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

IX. *Avaliação negativa da própria saúde (ANPS)*

$$\text{Prev. de ANPS} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de beneficiários que avaliam a própria saúde com ruim ou muito ruim}}{\text{n}^\circ \text{ total de beneficiários}} \times 100$$

X. *Indicadores Internações (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.

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

## 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;

## 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

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

*faturamento líquido*

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

Periodicidade: semestral

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

## 14. ACEITE DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

14.1. A BHTRANS emitirá relatório mensal para avaliar a qualidade dos serviços credenciados descritos.

14.2. A BHTRANS fará a avaliação da qualidade dos serviços credenciados utilizando índice de satisfação dos empregados realizados por meio de pesquisa semestral e também pelo número de ocorrências e reclamações do plano de saúde realizadas pelos beneficiários.

14.3. A BHTRANS acompanhará índice de satisfação baseado na metodologia da ANS, considerando Índice de reclamações, proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano, sanção pecuniária em primeira instância.

14.4. O quadro abaixo apresenta de forma sintética as obrigações com as quais as Credenciadas se comprometerão em atender:

| ITEM | DESCRIÇÃO  |
|------|--|
| 01   | Manter, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento.  |
| 02   | Manter o sigilo sobre documentos e dados que tiver acesso, em decorrência da execução do Termo de Credenciamento.  |
| 03   | Executar os serviços determinados pela fiscalização, por serviço e por dia.  |
| 04   | Apresentar, no ato da assinatura do Termo de Credenciamento, relação dos serviços prestados e profissionais credenciados.  |
| 05   | Emitir, para cada beneficiário cadastrado, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, identificação que habilitará a utilizar os serviços contratados, juntamente com os outros documentos utilizados como rotina pelas Credenciadas, quando for o caso. |
| 06   | Cumprir determinação formal ou instrução do fiscalizador, por ocorrência.  |
| 07   | Enviar, em formato de relatório, as informações solicitadas neste Termo.   |





|    |   |
|----|---|
| 08 | Manter a qualidade de sua Rede de Atendimento, promovendo os credenciamentos necessários que permitam a prestação dos serviços em regime de excelência. |
| 09 | Disponibilizar Serviço de Atendimento 24 (vinte e quatro) horas, através de ligação gratuita (0800) para informações pertinentes aos serviços.          |
| 10 | Indicar representante ou gestor credenciado, com poder decisório.   |
| 11 | Cumprir quaisquer dos itens deste Termo, por item e por ocorrência.   |

14.4.1. A aceitação e o pagamento dos serviços prestados condicionar-se-ão ao resultado apurado pela BHTRANS em relatório mensal, no qual constará procedimento avaliatório indicando se o pagamento às Credenciadas deverá ser integral ou dedução de penalidades.

14.4.2. No caso de violação das condições descritas, as Credenciadas poderão ser penalizadas, durante a execução do Termo de Credenciamento, ficando sujeitas a advertência e multa de mora, conforme Cláusula Décima da Minuta do Termo de Credenciamento – Anexo X, variável de acordo com a gravidade dos casos.

## 15. OBRIGAÇÕES E REMUNERAÇÃO DA GESTORA

15.1. Dada a complexidade do credenciamento de planos de saúde e a necessidade de interlocução operacional imparcial, no que tange à adesão do empregado em qualquer um dos planos em qualquer operadora, permitindo isonomia de informações para os empregados e gestores da BHTRANS, a BHTRANS designará Gestora para gestão da margem consignada e todas as atividades necessárias e decorrentes dessa, bem como operacionalização e intermediação das credenciadas com a BHTRANS e os empregados. Os serviços prestados pela gestora ainda permitirão maior e melhor controle financeiro do Termo de Credenciamento, maior segurança cadastral com consequente redução de risco de erros de movimentação, melhor interface com empregados com maior número de serviços e canais de contato e garantia de respeito às margens comprometidas. Sendo assim, as atividades de responsabilidade da Gestora estão sumarizadas nos seguintes itens:

15.1.1. Implantação do Modelo de Credenciamento; 1ª ADESAO (planejamento, mapeamento dos processos, implantação de canais de comunicação com o empregado, movimentação cadastral de toda a carteira).

15.1.2. Disponibilização de equipe de implantação de 08 (oito) às 20 (vinte) horas para atendimento dos empregados nas dependências da BHTRANS, com capacidade de realizar 1.100 (hum mil e cem) atendimentos presenciais, no prazo de 30 (trinta) dias no primeiro movimento de adesão e adaptada para todos os outros momentos que grandes massas de adesões forem permitidas (aniversários das apólices).

15.1.3. Gestão Operacional dos Contratos

- a) Faturamento e conferência de faturas;
- b) Movimentação e base cadastral;
- c) Reembolsos;
- d) Relacionamento multicanal com empregados;
- e) Posto de Atendimento em Belo Horizonte;
- f) Gestão do comprometimento das margens.

15.1.4. Gestão estratégica

- a) Relatórios analíticos e gerenciais da situação das apólices;
- b) Simuladores financeiros da apólice e projeções financeiras;
- c) Monitorar os índices de sinistralidade.

15.1.5. Para estas atividades deverão ser oferecidos atendimento presencial, além de atendimento via Call Center em horário comercial e plataforma online.





15.1.6. Para realização das atividades rotineiras do Termo de Credenciamento, conforme descrito acima e neste instrumento, a Gestora será remunerada nas bases de R\$ 3,00 (três reais) por mês, por linha, sendo cada vida e cada plano (de saúde e odontológico) considerados uma nova linha.

15.1.7. Para implantação e novas adesões, devido ao grande volume de tarefas necessárias descritas nesse Termo de Referência em um curto espaço de tempo, justifica-se remuneração baseada num percentual de 50% (cinquenta por cento) da primeira fatura de cada nova adesão, sem nenhum prejuízo ou desembolso extra para os beneficiários ou para BHTRANS. A remuneração deverá ser realizada diretamente entre as credenciadas e a Gestora designada. As especificações citadas neste instrumento contemplam estes custos, de acordo com a estratégia de cada operadora.

15.1.8. A Gestora informará à BHTRANS os valores referentes ao desconto em folha dos empregados do Plano de Assistência à Saúde Suplementar, os quais serão repassados às operadoras.

## 16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Como condição indispensável para a assinatura do Termo de Credenciamento será exigido o efetivo registro dos planos apresentados junto à ANS, contendo as seguintes características:

|         |  |             |                   |
|---------|--|-------------|-------------------|
| 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   | NSA         | Rede Ampla        |

16.2. Como condição indispensável para a assinatura do Termo de Credenciamento será exigida a comprovação da rede de atendimento, conforme itens 4.11, 4.12 e 4.13 do Edital, por meio de registro do(s) plano(s) na ANS e descritivo detalhado da rede por plano.

16.2.1. O descritivo deverá ser entregue em papel timbrado 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.

16.3. A BHTRANS não se obriga, em hipótese alguma, a cobrir qualquer quantidade mínima de adesões. Os números apresentados são meramente informativos, visto que a adesão ao plano de saúde é facultativa.

16.4. Não será ônus para a BHTRANS o custo com emissão de segunda via do cartão de identificação, em função dos erros de extravios do serviço escolhido pela Credenciada e/ou erros de cadastro de endereço na base da Credenciada.

16.5. Os prazos definidos neste Termo de Referência poderão ser prorrogados a critério da BHTRANS, mediante solicitação da Credenciada.

