

Anexo I - Memorial Descritivo

1. OBJETO

O objeto do presente é a contratação de empresas especializadas em prestação de serviços de assistência médico-hospitalar que englobe todos os segmentos ambulatoriais com obstetrícia, exames complementares e de alta complexidade, serviços auxiliares de diagnósticos e terapia em geral, atendimento de urgência e emergência, padrão apartamento, serviços de remoção médica, além de assistência odontológica, em conformidade com a Lei 9.656/98, aos atuais empregados e estatutários da CONTRATANTE e aos que venham a ser contratados.

A execução do objeto contratual será por meio de profissionais ou serviços de saúde integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, na forma e condições acordadas neste edital.

2. ASPECTOS GERAIS

- **Modalidade de Contratação:** Coletivo Empresarial
- **Modalidade de Participação:** Adesão para Titulares e Dependentes
- **Modalidade de Custeio:** Contributário/Participativo para Titulares e Dependentes
- **Início de vigência:** 10 (dez) dias após a assinatura do contrato
- **Carência:** isento de qualquer carência.

Poderá ser oferecido plano empresarial de mercado, desde que atenda as exigências definidas neste processo de contratação

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:

O Plano deverá oferecer abrangência geográfica **Estadual**, com previsão de internação em apartamento e atendimento de emergência e urgência em rede credenciada ou associada com abrangência nacional.

4. ELEGIBILIDADE

A prestação de serviços deverá abranger todos os beneficiários previstos para o plano de saúde na forma prevista neste objeto:

Titular: Todos os empregados e diretores estatutários da ES GÁS optantes pelo plano.

Dependentes: serão considerados como dependentes do beneficiário titular:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro (a), mediante a apresentação de declaração de união estável;
- c) Filhos solteiros, até 21 anos e estudantes de nível técnico ou universitário até completarem 24 anos;
- d) Enteado, menor sob a guarda por força de decisão judicial e menor tutelado que ficam equiparados aos filhos, com comprovada dependência financeira do empregado(a) titular;
- e) Filhos inválidos sem limite de idade mediante comprovação do INSS.

Demitidos: em consonância com o artigo 30 da Lei 9.656/98;

Aposentados: em consonância com o artigo 31 da Lei 9.656/98.

A população projetada a ser considerada para proposta de preço encontra-se detalhada no quadro a seguir, podendo variar em perfil e quantidades de acordo com o desenvolvimento da atividade empresarial e com a opção voluntária ao plano ofertado.

FAIXA ETÁRIA	VIDAS
De 0 a 18 anos	9
De 19 a 23 anos	3
De 24 a 28 anos	1
De 29 a 33 anos	2
De 34 a 38 anos	7
De 39 a 43 anos	7
De 44 a 48 anos	1
De 49 a 53 anos	3
De 54 a 58 anos	4
59 anos ou mais	2
TOTAL	39

A **CONTRATADA** poderá fazer campanha para acréscimo de novas vidas, no momento da implantação.

5. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Deverá ser proposto plano de saúde, estratificado em faixas etárias cujos parâmetros encontram-se a seguir especificados:

Faixas etárias: 00-18; 19-23; 24-28; 29-33; 34-38; 39-43; 44-48; 49-53; 54-58; +59. As Resoluções e Instruções da ANS devem ser observadas no que se refere a equilíbrio de custos entre as faixas.

Abrangência geográfica **Estadual**, cobertura do tipo Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, além de Odontológica nas redes próprias e credenciadas. Deve ser previsto ainda atendimento de emergência e urgência em rede credenciada ou associada, com abrangência nacional. As propostas deverão considerar internação em Padrão Apartamento.

Os serviços deverão atender todos os procedimentos previstos nas determinações da Lei nº 9.656/98, suas emendas e complementos, o rol de procedimentos das ANS e suas atualizações inclusive. Os serviços de resgate e remoção devem estar inclusos dentre os procedimentos do plano.

A **CONTRATADA** deverá dispor de atendimento emergencial 24 (vinte e quatro) horas por dia em pronto-socorro e/ou hospitais credenciados de alta complexidade, garantidas nesse caráter, consultas em todas as especialidades.

Deverá ainda garantir assistência pré-natal, obstetrícia e neonatal, aqui incluídas patologias congênitas das crianças nascidas na vigência do contrato.

A **CONTRATADA** deverá garantir a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e

acidentes de trabalho. Garante-se a cobertura para diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho.

Autorizações: Fornecer autorizações ou justificar os indeferimentos das mesmas no prazo máximo de até 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do respectivo pedido, em relação aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, exames laboratoriais e complementares, serviços auxiliares, terapias ou qualquer outro tratamento médico que necessite de autorização prévia.

6. CUSTEIO

O plano será parcialmente custeado pela Contratante para Titulares e Dependentes, de acordo com os Acordos Coletivos de Trabalho e Normas da ES GÁS. As faturas deverão ser emitidas detalhadamente contra o **CONTRATANTE**, que assumirá a responsabilidade de cobrar as participações e coparticipações do beneficiário.

7. PRAZOS DE CARÊNCIAS, INCLUSÕES E EXCLUSÕES

Não poderá ser imposta carência de nenhuma espécie aos beneficiários por ocasião da implantação do contrato.

Para efeito da isenção de carências na prestação dos serviços, deverá ainda ser observado que ficarão isentos do cumprimento:

- Os titulares já integrantes da força de trabalho, com seus respectivos dependentes, desde que requeiram, por escrito, a sua inclusão em até 30 (trinta) dias da data de assinatura do contrato a ser firmado com a **CONTRATADA**;
- Os titulares, com seus respectivos dependentes, admitidos na vigência do contrato a ser firmado, até o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de admissão;
- Os beneficiários dependentes que adquirirem essa condição em decorrência de casamento, nascimento, adoção ou reconhecimento de paternidade, cuja comprovação e requerimento de inclusão no plano ocorram em até 60 (sessenta) dias do respectivo evento.

Respeitando-se as disposições estabelecidas no item anterior, os prazos máximos de carência a que ficarão sujeitos os beneficiários (titulares e dependentes), posteriormente incluídos no Plano, para utilização dos serviços contratados, serão:

- 24 (vinte e quatro) horas - Acidentes pessoais, emergências e complicações no processo;
- 30 (trinta) dias - Consultas médicas, cirurgias ambulatoriais, serviços, procedimentos e exames complementares básicos;
- 180 (cento e oitenta) dias - Serviços, procedimentos e exames complementares especiais e todos os demais casos de internação clínica ou cirúrgica, excetuadas as hipóteses anteriores;
- 300 (trezentos) dias - Parto a termo.

8. REDE DE ATENDIMENTO

A **CONTRATADA** deverá dispor de rede credenciada, referenciada ou cooperada (médicos, hospitais, dentistas, policlínicas, laboratórios e outros), com cobertura em qualquer parte do Estado do Espírito Santo, em todos os municípios.

A contratada deverá assegurar aos usuários deste plano os serviços de urgência e emergência 24 horas com abrangência nacional.

IMPORTANTE:

As **LICITANTES** deverão destacar no arquivo apresentado a descrição da sua rede credenciada, referenciada ou cooperada de hospitais que não possuem corpo clínico credenciado, referenciado ou cooperado.

A rede credenciada, referenciada ou cooperada deverá ser previamente apresentada em formato que permita avaliação e validação pela CONTRATANTE.

9. REDE MÍNIMA CREDENCIADA, REFERENCIADA OU COOPERADA

A **LICITANTE** deverá dispor dos seguintes recursos mínimos para atendimento dos beneficiários do plano de saúde do **LICITADOR**:

- A **LICITANTE** deverá dispor de recursos próprios ou credenciados em todas regiões do Espírito Santo, devendo ser considerando o credenciamento mínimo de **Hospital Geral, laboratório de análises clínicas e médicos nas seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, ortopedia e ginecologia e obstetrícia**, além de outros conforme necessidade do **LICITADOR**.
- A **LICITANTE** deverá garantir o atendimento conforme normas definidas pela Agência Nacional de Saúde na Resolução, como a Normativa nº 259 (alterada pela Resolução Normativa nº 268).

10. COBERTURA DOS PLANOS

Estão cobertas as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares relacionados no Rol de Procedimento Médicos, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10 (CID 10) da Organização Mundial de Saúde.

11. COPARTICIPAÇÃO

Coparticipação máxima de 40% (quarenta por cento) para todos usuários em consultas eletivas e pronto socorro e exames simples, limitados a R\$ 130,00 (cento e trinta reais) por procedimento, com um total máximo de R\$ 265,00 (duzentos e sessenta e cinco reais) por beneficiário. As cobranças devem respeitar os limites, regras e isenções previstos pela ANS na Resolução Normativa nº 433.

Na hipótese da **LICITANTE** apresentar coparticipação em valores absolutos, estes valores não podem ultrapassar a 40% (quarenta por cento) do valor do procedimento.

Obs: Não será cobrada nenhum tipo de coparticipação em internações ou exames realizados em pronto socorro.

Tabela de Coparticipação

Grupos de procedimentos	Participativo Estadual
Consulta Eletiva	Máx 40%
Consulta Eletiva Especialistas	Máx 40%
Consulta Pronto Socorro	Máx 40%
Internação	SEM COPARTICIPAÇÃO
Limite por procedimento	R\$ 130,00
Limite mensal por beneficiário	R\$ 265,00

12. SERVIÇOS DE APOIO

- A **LICITANTE** deverá dispor de Central de Atendimento: em horário comercial (0800) para informações básicas sobre as coberturas contratadas, rede credenciada, autorizações de exames, internações e demais informações complementares que auxiliem o acesso ao uso dos serviços; em regime de 24 (vinte e quatro) horas, ininterrupto para serviços de urgência, emergência e informações necessárias para estes serviços.
- Manual digital contendo todos os serviços e profissionais credenciado, a ser disponibilizado aos beneficiários titulares e atualizado no mínimo anualmente. No momento da implantação e novas inclusões deverão ser entregues em meio físico orientações sobre a disponibilidade dos manuais;
- Um gestor de relacionamento da **LICITANTE** para prestar todo suporte ao **LICITADOR** durante a vigência do contrato, inclusive para: Movimentações Cadastrais (inclusões/exclusões/alterações); Conferência de documentos; Entrega de documentos e carteirinhas e outros.
- Banco de dados e relatórios gerenciais de toda a utilização do plano para a Gestão de Risco que deverá ser disponibilizado pela **LICITANTE** mensalmente ao **CONTRATANTE**, em formato por este validado;
- O envio da fatura deverá ser feito no último dia de cada mês para pagamento em até 30 (trinta) dias.

NOTA: Os pagamentos serão realizados pelo **CONTRATANTE** exclusivamente mediante apresentação da Nota Fiscal / Fatura e documentação necessária, devidamente atestado o seu recebimento pelo Gestor do Contrato. Somente será efetuado pagamento dos serviços efetivamente prestados em conformidade com as especificações.

13. IMPLANTAÇÃO DO NOVO PLANO

A **LICITANTE** deverá dispor de canais **com capacidade suficiente** para prestar apoio e orientação nos 30 (trinta) dias antecedentes a data de vigência do contrato para o processo de implantação do novo plano.

O programa de comunicação da implantação considera distribuição dos kits (Manual e Carteirinhas), palestra informativa online, bem como canais de atendimento para eventuais dúvidas.

14. REAJUSTE

O reajuste dos preços cobrados no contrato terá como parâmetro o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acumulado com base nos 12 (doze) meses anteriores ao aniversário do contrato, aplicado anualmente, respeitando as resoluções e instruções da ANS.

Além do reajuste financeiro, a **CONTRATADA** fará jus ao reajuste por sinistralidade, quando as despesas assistenciais ultrapassarem o ponto de equilíbrio de 75% firmado no contrato, no período de 12 (doze) meses. No caso de reajuste por sinistralidade, a **CONTRATADA** deverá demonstrar, analiticamente, mediante planilhas comparativas entre receitas e despesas, a necessidade de aplicação do reajuste.

- O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses;
- Fica definido que os valores relativos as inclusões de novos beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário do contrato;
- Não poderão ser aplicados percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um mesmo contrato;
- A **CONTRATADA** comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar o percentual de reajuste aplicado.

A iniciativa revisional cabe à **CONTRATADA**, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos através de planilhas e documentos comprobatórios. Qualquer revisão de preços deverá ser amparada pelas normas da Agência Nacional de Saúde, com base em cálculo atuarial que levará em consideração o excesso de utilização comprovadamente acima da média normal utilizada na composição inicial do preço, o acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento e o aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.

15. VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato de Assistência Médica e Odontológica, serviço de natureza contínua, **terá vigência de 12 meses**, com a **possibilidade de prorrogação em até 36 meses**, salvo manifestação em contrário de qualquer uma das partes com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem prejuízo de atendimento ou movimentações (inclusão, exclusão, alteração) dos usuários durante o período de denúncia.

Nota: Na hipótese de prorrogação, deverá ser observado o acordo coletivo vigente para que se assegure compatibilidade com suas disposições.

16. VALOR DE REFERÊNCIA

No preço já deverão estar incluídos todos os tributos (impostos e taxas), remuneração, salários, contribuições previdenciárias, fiscais, sociais e para fiscais, que sejam devidos em decorrência direta ou indireta do contrato, bem como o custo dos materiais e equipamentos fornecidos. As despesas de viagens, alimentação, diárias referentes ao deslocamento e material de consumo para execução dos serviços e todas as demais despesas pertinentes ao objeto deste contrato serão de responsabilidade da **CONTRATADA**.

Nos relatórios referentes às mensalidades pagas, é necessário que venha descrito o nome do colaborador, logo em seguida o nome de cada um de seus dependentes, suas respectivas idades e o valor de mensalidade cobrado para cada um deles. Também precisará constar o mês e ano de competência do pagamento. Ao fim deste relatório é necessário que venha o consolidado do plano de saúde, permitindo um panorama de

utilização do plano. Precisar vir a movimentação de beneficiários em cada faixa etária do plano de saúde.

Nos relatórios de coparticipações pagas é necessário que venha um descritivo para cada colaborador inserido no plano e seus respectivos dependentes inseridos. Há que constar os procedimentos realizados e o valor que a **CONTRATADA** está cobrando para cada procedimento. Também precisa constar o mês e o ano de competência do pagamento.

A **CONTRATADA** obriga-se a apresentar ao **CONTRATANTE** os relatórios descritivos das despesas médicas e hospitalares realizados diretamente ou não, por conta e ordem dos usuários.

O valor do contrato será encontrado considerando o valor per capita fornecido pela contratada através da tabela, multiplicando o valor por faixa etária pelo quantitativo de usuários de cada faixa. Além disto, somar-se-á às faturas, mas não às propostas, o valor da coparticipação quando existente.

17. OUTRAS CONDIÇÕES

- A proposta comercial deverá ser apresentada informando o preço per capita mensal para cada faixa etária;
- Validade das propostas – mínimo 120 (cento e vinte) dias;

19. EXIGÊNCIAS TÉCNICAS MÍNIMAS

Para habilitação técnica nesta licitação, as empresas interessadas deverão apresentar à Comissão Permanente de Licitação, os documentos abaixo listados, em original ou em cópias autenticadas em cartório. Estes documentos ficarão anexados ao processo, sendo vedada a sua retirada ou substituição.

- A Qualificação Técnica será comprovada mediante a apresentação de **Atestado de Capacidade Técnica** atestando que prestou serviços semelhantes ao objeto desta licitação (entende-se como serviços correspondentes/similares a prestação de serviços de assistência médica/plano de saúde), fornecidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, em nome da licitante. **O atestado deverá estar em papel timbrado, com nome completo/razão social, endereço do CONTRATANTES, conter a identificação da assinatura e um telefone fixo para contato com o declarante.**
- Indicação detalhada dos serviços, com a completa enumeração dos procedimentos e serviços propostos. É imprescindível a apresentação de catálogos (relação de médicos, Clínicas, Laboratórios, Hospitais e outros) que comprovem a disponibilização dos serviços pelo licitante participante;
- Apresentar documento que comprove que o licitante está registrado junto à ANS - Agência Nacional de Saúde, ao CRM – Conselho Regional de Medicina e no CRO (Conselho Regional de Odontologia);
- Apresentar declaração isentando os usuários e as entidades CONTRATANTES de quaisquer responsabilidades para com os estabelecimentos conveniados/cooperados;
- Apresentar declaração do licitante para todos os fins de direito de que o mesmo se encontra quites com os serviços prestados pelos estabelecimentos conveniados ou conveniados/cooperados ativos, pela prestação dos serviços fornecidos aos usuários;

- Apresentar relação atualizada dos estabelecimentos conveniados ou conveniados/cooperados ativos no estado do Espírito Santo, nos últimos 03 (três) meses;
- Apresentar Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), avaliado pela ANS, de no mínimo 0,80.

Nota: Deverá ser disponibilizado pela LICITANTE, através de mídia digital em formato EXCEL, a relação de toda a rede credenciada de médicos/cooperados, estabelecimentos conveniados/cooperadora, hospitais/clínicas e laboratórios credenciados/cooperados.