



# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

## ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

### 1. DO OBJETO

- 1.1. Credenciamento de empresas interessadas (diretamente ou por meio de corretores autorizados), no ramo de atividade correspondente, para atuar como **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ou OPERADORA**, para a oferta de Plano de Saúde coletivo empresarial, por adesão, de operadoras devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para prestação de **assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a serem oferecidos aos vereadores, servidores ativos e inativos, pensionistas, e seus respectivos dependentes, da Câmara Municipal de Barueri, para cobertura, em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com suas alterações, e pelas Resoluções Normativas 438/2018, 465/2021; 515/ 2022, 557/2022, 563/2022, 565/2022, 569/2022, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições, conforme condições e exigências estabelecidas no Anexo I deste Edital, nos termos do artigo 79,II da Lei 14.133, de 2021 e artigo 55,II do Decreto 9.787/2023.**

### 2. LEGISLAÇÃO E NORMATIZAÇÃO RELATIVA A CONTRATAÇÃO PRETENDIDA:

- 2.1. **Lei Federal nº 9.656/98:** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- 2.2. **RN N° 438/2018:** Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN n° 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN n° 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências;
- 2.3. **RN 465/2021:** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020;
- 2.4. **RN 515/ 2022:** Dispõe sobre a Administradora de Benefícios;
- 2.5. **RN 557/2022:** Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde;

- 2.6. **RN 563/2022:** Dispõe sobre os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004;
- 2.7. **RN 565/2022:** Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste;
- 2.8. **RN 569/2022:** Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde, altera a Resolução Normativa ANS nº 515, de 29 de abril de 2022 e revoga a Resolução Normativa ANS nº 526 de 29 de abril de 2022, e a Resolução Normativa ANS nº 514 de 29 de abril de 2022.

### 3. DA CONCEITUAÇÃO

3.1. Para fins deste documento, considera-se:

- a. **USUÁRIOS** - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários ativos e inativos, dependentes e pensionistas;
- b. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – membros e servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados, servidores requisitados e os pensionistas da Câmara Municipal de Barueri;
- c. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência;
- d. **PENSIONISTA** – beneficiário de pensão devida pela Câmara Municipal de Barueri, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência;
- e. **AGREGADO** – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente disposta neste Termo de Referência;
- f. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - O valor correspondente ao Plano de Saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular;
- g. **REDE CREDENCIADA** – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos;
- h. **ABRANGÊNCIA DA REDE** – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da região a que pertence o município de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo, ofertados pelas operadoras, com a qual a Câmara Municipal de Barueri celebrará Acordo de Cooperação, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo 1 (uma) operadora prestadora dos serviços de Plano de Saúde nacional, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- i. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico- hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (e suas alterações), através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições;
- j. **TIPOS DE PLANOS** – A Administradora deverá oferecer Plano de Saúde na modalidade com e/ou sem coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia;
  - I **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
  - II **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante;
  - III **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada com hospitais de alto custo;
  - IV **UTI MÓVEL** – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência;
  - V **REMOÇÃO** - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento;
  - VI **TERMO DE ADESÃO** – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre a Câmara Municipal de Barueri e a Administradora de Benefícios;
  - VII **CO-PARTICIPAÇÃO** – é o valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

#### 4. DOS BENEFICIÁRIOS

- 4.1. São considerados beneficiários titulares membros os servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes de cargos comissionados e os pensionistas da Câmara Municipal de Barueri.
- 4.2. São considerados beneficiários dependentes:
  - a. O cônjuge ou companheiro (a) em união estável;
  - b. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
  - c. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- d. Os filhos e enteados, solteiros e não emancipados, menores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez, ou que tenha deficiência intelectual ou mental grave;
  - e. Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso superior regular reconhecido pelo MEC;
  - f. O (s) genitor (es);
  - g. O irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido, ou que tenha deficiência intelectual ou mental grave;
  - h. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observadas as alíneas “d” e “e” acima;
- 4.3. A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, desde que o titular assumira integralmente o respectivo custeio.

## 5. RELAÇÃO DE SERVIDORES POR FAIXA ETÁRIA

- 5.1. Constatam da tabela abaixo, os quantitativos totalizados de beneficiários, dependentes e agregados existentes no cadastro funcional da Câmara, com a respectiva distribuição por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	TITULAR MASCULINO	TITULAR FEMININO	DEP. MASCULINO	DEP. FEMININO	TOTAL
0 a 18	000	000	108	104	212
19 a 23	006	005	017	014	042
24 a 28	007	006	001	001	015
29 a 33	019	017	001	007	044
34 a 38	017	019	005	015	056
39 a 43	031	022	009	020	082
44 a 48	046	013	007	017	083
49 a 53	022	020	010	018	070
54 a 58	023	014	004	008	049
59 ou +	030	028	007	015	080
	<b>201</b>	<b>144</b>	<b>169</b>	<b>219</b>	<b>733</b>





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

TOTAL TITULARES	345
TOTAL DEPENDENTES	388
TOTAL GERAL	733

## 6. DO PLANO DE CONTINUIDADE

- 6.1. **DO APOSENTADO:** aos beneficiários que tenham contribuído para o Plano de Saúde contratado, desligados do quadro de pessoal da Câmara, por terem adquirido direito à aposentadoria, e aos aposentados que continuaram a exercer suas funções e venham, em algum momento posterior, a se desligar, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do Contrato de Trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, e manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação da aposentadoria ou do desligamento.
- 6.2. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-servidor inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
- 6.3. A obrigatoriedade de que trata o item anterior não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-servidor (ou outros), individualmente, ou com parte do seu grupo, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.
- 6.4. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular aposentado, exceto nos casos de morte deste.
- 6.5. A permanência no Plano, ora aludida, está vinculada aos seguintes prazos:
- 6.5.1. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período igual ou superior a **dez (10) anos**, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, por prazo indeterminado;
- 6.5.2. Se o aposentado contribuiu para o presente plano por período inferior a dez (10) anos, terá o direito de permanecer no plano, juntamente com seus dependentes, como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição.
- 6.6. O direito assegurado na presente Cláusula **extingue** na ocorrência das seguintes hipóteses:
- Pelo decurso do prazo previsto nos subitens anteriores;
  - Pela perda do beneficiário, da qualidade de servidor;
  - Pelo não pagamento das mensalidades.
- 6.7. Em caso de morte do ex-servidor (ou outros), o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar, inclusive nas hipóteses em que o beneficiário aposentado continuar a trabalhar.





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- 6.8. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se não manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.
- 6.9. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e assinar **instrumento jurídico específico** na sede administrativa CONTRATADA, **no prazo de 10 dias**.
- 6.10. Para fins do disposto nesta cláusula, não é considerada contribuição, os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquias do beneficiário, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.
- 6.11. Em caso de rescisão ou cancelamento do contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.
- 6.12. A garantia de que trata o item anterior estará condicionada à manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

## 7. DOS DESLIGAMENTOS / MANUTENÇÃO DO PLANO

- 7.1. Entende-se por **contribuição** qualquer valor pago pelo servidor, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados ou a coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.
- 7.2. Para fins do presente contrato, entende-se por **mesmas condições de cobertura assistencial**, a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
- 7.3. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da exoneração ou aposentadoria, é **assegurado ao servidor** os direitos aqui previstos, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
- 7.4. Fica assegurado aos beneficiários inativos e seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a possibilidade de exercer a portabilidade especial de carência para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.
- 7.5. Fica estabelecido pelas partes CONTRATANTE e CONTRATADA que:
  - a. Quando da inclusão do beneficiário no plano, a CONTRATADA se obriga a entregar além dos documentos já previstos, também, a cópia da Tabela de Custos Por Faixa Etária devidamente atualizada, que será adotada em caso da opção do beneficiário exonerado ou aposentado, pela manutenção no plano na qualidade de INATIVO;
  - b. Os beneficiários INATIVOS, exonerados ou aposentados, deverão pagar a Taxa Mensal de Manutenção estabelecida na Tabela de Custos por Faixa Etária, diretamente para a CONTRATADA através de boleto





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- bancário, sendo aplicável e eles as regras de pagamento constantes de documento específico;
- c. Em caso de atraso no pagamento da MENSALIDADE, o beneficiário INATIVO deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto, acrescido o principal e mais correção apurada pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia-a-dia;
  - d. Em caso de inadimplência do beneficiário INATIVO no pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, a CONTRATADA poderá proceder a exclusão do Plano de Saúde do beneficiário TITULAR inadimplente, e de seus dependentes, se houver;
  - e. Não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e a este vinculados, EXCETO NO QUE SE REFERE AOS BENEFICIÁRIOS INATIVOS, quando adotado o critério de preço único.
- 7.6. Aos beneficiários que tenham contribuído mensalmente para o financiamento do presente Plano, desligados do quadro de pessoal da Câmara, por terem sido exonerados, é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam enquanto servidores, desde que assuma o pagamento integral atualizado da mensalidade estabelecido na Tabela de Custos por Faixa Etária, diretamente à Operadora, e desde que manifeste a opção pela manutenção do plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
- 7.7. A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta cláusula é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do ex-servidor, sendo certo que tal obrigatoriedade não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-servidor, individualmente, ou com parte do seu grupo, e nem exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos durante a manutenção como INATIVO.
- 7.8. Não será permitida a manutenção na condição de INATIVO de que trata esta Cláusula, apenas do dependente sem a participação do titular demitido, exceto nos casos de morte deste.
- 7.9. O direito assegurado na presente Cláusula se **extingue** na ocorrência das seguintes hipóteses:
- a. Pelo decurso do prazo previsto nos subitens anteriores;
  - b. Pela perda do beneficiário, da qualidade de servidor;
  - c. Pelo não pagamento das mensalidades.
- 7.10. Em caso de morte do ex-servidor, o direito de permanência é assegurado aos dependentes, ao tempo que faltar.
- 7.11. O prazo de 30 dias para a manifestação do ex-servidor não é passível de prorrogação, sendo certo que, se não se manifestar o interesse em permanecer no plano como beneficiário, não mais poderá fazê-lo.
- 7.12. Uma vez manifestado o interesse em permanecer no plano, o ex-servidor deverá preencher e assinar instrumento jurídico específico na sede administrativa da CONTRATADA, no prazo de 10 dias.
- 7.13. Não será considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação do consumidor, paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar.





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- 7.14.** Em caso de rescisão ou cancelamento do presente contrato, o benefício previsto nesta cláusula estará automaticamente cancelado, devendo a CONTRATADA oferecer aos beneficiários inscritos a possibilidade de migrar para um plano individual ou familiar, sem a necessidade do cumprimento de novas carências.
- 7.15.** A garantia de que trata o item anterior estará condicionada à manutenção pela CONTRATADA de um plano individual/familiar registrado na ANS.

## **8. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

- 8.1.** A inclusão de beneficiários no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios, sendo voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário, em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência.
- 8.2.** O Beneficiário Titular disporá do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitar a sua adesão e a dos seus dependentes e/ou agregados, se for o caso.
- 8.3.** Os pensionistas e demais beneficiários do titular falecido durante a vigência do contrato, poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Administradora, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção.
- 8.4.** Os membros e servidores ativos permanentes da Câmara Municipal de Barueri/SP, incluídos no Programa de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também a dos seus dependentes e/ou agregados.
- 8.5.** Os dependentes que adquirirem essa condição por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade após a inclusão inicial de membros e servidores ativos e inativos terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Programa de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência determinadas pela ANS.
- 8.6.** A solicitação de inscrição de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender ao cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	INÍCIO DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

- 8.7.** A solicitação de exclusão de beneficiário no Programa de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial:





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

PERÍODO DE EXCLUSÃO	FIM DE VIGÊNCIA
1º ao 15º dia	1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente.

8.8. Caberá à Câmara Municipal de Barueri a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos, por sua vez, cabendo ao beneficiário a comprovação do vínculo de seus dependentes e pensionistas, indicando a relação de parentesco, quando solicitados pela Administradora de Benefícios

## 9. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

9.1. A exclusão do titular no Programa de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência, evento ou ato que implique a suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.

9.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, **devendo assumir integralmente o pagamento diretamente à Administradora** durante o período da licença.

9.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do Beneficiário Titular que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

9.4. É de responsabilidade do Beneficiário Titular solicitar, formalmente à Administradora de Benefícios, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

9.5. Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde da Câmara Municipal de Barueri serão responsáveis pela **devolução imediata** à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, as de seus dependentes e as dos demais vinculados, se houver.

9.6. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes e agregados.

## 10. DA CARÊNCIA

10.1. Não poderá ser exigida carência, naquelas hipóteses do artigo 6º da Resolução Normativa 557/2022 da ANS, para utilização dos benefícios do Programa de Assistência à Saúde:

a. Dos usuários inscritos;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- b. Em situações de urgência ou emergência, ocorridas após o início de vigência da cobertura;
  - c. Para consultas médicas.
- 10.2.** Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- 10.3.** Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
- 10.4.** Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido no item 7, deverão ser cumpridas as carências determinadas pela ANS, conforme legislação aplicável, incluindo a Resolução Normativa 557/2022;
- 10.5.** A Administradora de Benefícios poderá oferecer planos com isenção de carências totais ou parciais e, ainda, oferecer condições especiais nas portabilidades.

## **11. DAS EXCLUSÕES**

- 11.1.** As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação aplicável.
- 11.2.** São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:
- a. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
  - b. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
  - c. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
  - d. inseminação artificial;
  - e. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
  - f. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPA's), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
  - g. transplantes não constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
  - h. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
  - i. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
  - j. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
  - l. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
  - m. aplicação de vacinas preventivas;
  - n. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
  - o. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao atocirúrgico;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- p. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- q. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- r. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## 12. **DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

### 12.1. Atendimentos de Emergência e Urgência nos seguintes casos:

- a. Evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- b. Evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

12.2. 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, até a saída do paciente.

12.3. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para a internação.

12.4. Caberá às operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

12.5. Excepcionalmente, o beneficiário poderá contratar plano que contenha cláusula de extensão da cobertura assistencial, por prazo determinado, limitado a 30 dias, no caso de urgência e emergência quando em serviço fora da área de abrangência ou no exterior

## 13. **DO REEMBOLSO**

13.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, 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;
- b. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- c. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- 13.2.** Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.
- 13.3.** Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- 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 médicos;
  - c. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital;
  - d. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 13.4.** Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de **doze meses**, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

## **14. DA REMOÇÃO**

- 14.1.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.
- 14.2.** Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação.
- 14.3.** 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.
- 14.4.** As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre e aérea, nos casos em que houver disponibilização pelas operadoras contratadas e o beneficiário tiver contratado produto que contemple esse benefício, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

## 15. DAS ACOMODAÇÕES

- 15.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:
- PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria;
  - PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante;
  - PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.
- 15.2. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
- 15.3. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e/ou sem a coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
- 15.4. A Administradora de Benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Termo de Referência, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos na legislação.

## 16. DA UTI MÓVEL (PRONTO SOCORRO MÓVEL)

- 16.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte.
- 16.2. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.
- 16.3. São considerados quadros clínicos de emergência:
- cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
  - respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
  - neurológicos - síncope, convulsão, coma;
  - comas metabólicos;
  - politraumatismos graves;
  - afogamentos;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- g. choques elétricos;
- h. intoxicações graves;
- i. anafilaxia; e
- j. toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

## 17. DA REDE CREDENCIADA

- 17.1. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar na área de abrangência geográfica a que pertence a Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo e com atendimento de acordo com o previsto no Rol de Procedimentos da ANS.
- 17.2. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel), em todas as cidades onde exista rede credenciada.

## 18. DAS OBRIGAÇÕES

### 18.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a. Disponibilizar aos Beneficiários da Câmara Municipal de Barueri, no mínimo 1 (uma) operadora prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, **devidamente registradas na ANS e que disponibilize cobertura nacional**, podendo, ainda, apresentar operadoras com produtos regionais;
- b. Fiscalizar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;
- c. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri;
- d. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;
- e. Exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo com a Câmara Municipal de Barueri, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços e, na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, para a prestação dos serviços de assistência à saúde;





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- i. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- j. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de Plano de Saúde contratadas pela Administradora;
- k. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- m. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- n. Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- o. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM;
- p. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumentos específicos;
- q. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Fiscalização, com os seguintes dados:
  - I – Perfil Demográfico da Carteira;
  - II – Relatório de sinistralidade;
  - III – Indicadores sobre a Utilização de:
    - Beneficiários;
    - Prestadores.
  - IV – Identificação de casos crônicos e de Risco, com a descrição das patologias.
- r. Enviar a Nota Fiscal e boleto bancário juntamente com relatório detalhado de gastos por beneficiário (e seu grupo familiar) à Diretoria de Gestão de Pessoas da Câmara, até o **último dia útil** de cada mês, para que se procedam os devidos processamentos.

## 18.2. SÃO OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS:

- 18.2.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução Normativa nº 438, de 03 de dezembro de 2018, pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, pela Resolução Normativa nº 515 de 29 de abril de 2022, Resolução Normativa nº 557 de 14 de dezembro de 2022 e Resolução Normativa nº 565, de 16 de dezembro de 2022, todas da ANS, e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

- 18.2.1.1.** Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante **24 horas diárias**, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- 18.2.2.** Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras contratadas pela administradora de benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.
- 18.2.3.** Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados.
- 18.2.4.** Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços.
- 18.2.5.** Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário.
- 18.2.6.** Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios.
- 18.2.7.** Fornecer, quando solicitados, relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários.
- 18.2.8.** Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações.
- 18.2.9.** Deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

## **18.3. SÃO OBRIGAÇÕES DA CÂMARA MUNICIPAL DE BARUERI:**

- 18.3.1.** Colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde.
- 18.3.2.** Permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.
- 18.3.3.** Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da Câmara Municipal de Barueri, mediante prévia autorização, para orientar os Beneficiários quanto aos procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo.





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

## 19. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO CONTRATO

### 19.1 As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar contrato com a Câmara Municipal de Barueri deverão preencher as seguintes condições:

- a. Registro na ANS como **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS OU OPERADORA**, conforme exigência da Resolução Normativa 515/2022 e Autorização de Funcionamento;
- b. Disponibilização a todos os beneficiários, na área de abrangência geográfica da Região que pertence a Câmara Municipal de Barueri e Região Metropolitana de São Paulo, uma rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;
- c. Elencar os plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ais) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- d. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- e. Comprovação que a operadora prestadora possua Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), relativo ao último ano-base publicado pela ANS, que deverá ser maior ou igual a 0,85.
- f. Tabela dos preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;
  - f. 1. Os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da RN 563/2022. (A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004);

## 20. DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

- 20.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 05 (cinco) anos, prorrogáveis nos termos do artigo 107 da Lei Federal n.º 14.133/2021.
- 20.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16/12/2022 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários da Câmara Municipal de Barueri poderão ser objeto de reajuste, observado o **interregno mínimo de 12 (doze) meses**, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).
- 20.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o pela Câmara Municipal de Barueri, por intermédio da Diretoria de Gestão de Pessoas.

## 21. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 21.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento moléstias decorrentes da Síndrome de





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (Res. Normativa ANS nº 558/2022).

- 21.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.
- 21.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, Central de Atendimento, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- 21.4. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se no 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 artigo 17 da Lei nº 9.656, de 1998.
- 21.5. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano a saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.
- 21.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.
- 21.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde.
- 21.8. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
- 21.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- 21.10. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios 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 operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.
- 21.11. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais 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.
- 21.12. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão





# Câmara Municipal de Barueri

Parlamento 26 de março

ISO 9001 | SA 8000 | ISO 14001

pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

- 21.13.** Os parâmetros a serem adotados em relação ao reajuste de preços serão os estabelecidos levando-se em consideração o índice de sinistralidade de 70% apurado no mês de aniversário do contrato.
- 21.14.** Os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria de Gestão de Pessoas em conjunto com a Administradora de Benefícios.

Barueri, 01 de fevereiro de 2024.

---

**ANTÔNIO FURLAN FILHO**

**PRESIDENTE**

