

Termo de Referência

1. Objeto

- 1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação, por meio de licitação do tipo **credenciamento**, de empresas administradoras de benefícios para a prestação de serviços de gestão e fornecimento de planos de assistência médico-hospitalar e odontológico, com abrangência estadual, coletivo empresarial, divididos em faixa etária e nos respectivos itens:

Descrição do item/lote
Lote 1 – Assistência médico-hospitalar
Item 1: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Titular com 100% pagamento dotação CODEG
Item 2: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Titular com 65% pagamento dotação CODEG
Item 3: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo com desconto de 35% em folha de pagamento do perfil Titular, conforme convenção Sindilimpe x Selures 2025.
Item 4: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.
Item 5: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Titular com desconto da diferença do valor do plano ambulatorial em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.
Item 6: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Titular com desconto de 35% em folha de pagamento do perfil Titular, conforme convenção Sindilimpe x Selures 2025.
Item 7: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.

Lote 2 – Assistência Odontológica

Item 8: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico para perfil Titular com 100% pagamento dotação CODEG

Item 9: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular.

Item 10: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico com benefício adicional de cobertura de ortodontia (Aparelho Ortodôntico) para perfil Titular com desconto da diferença do valor do plano Odontológico em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.

Item 11: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico com benefício adicional de cobertura de ordontia (Aparelho Ortodôntico) para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias

2. Justificativa

- 2.1. A contratação empresas administradoras de benefícios para a prestação de serviços de gestão e fornecimento de planos de assistência à saúde e odontológico, visa assegurar aos colaboradores da empresa a cobertura de assistência médica e odontológica de qualidade, promovendo o bem-estar e a saúde dos funcionários, o que reflete diretamente na produtividade e satisfação no ambiente de trabalho.
- 2.2. **A modalidade de credenciamento foi escolhida para permitir a participação de diversas operadoras de planos de assistência à saúde e odontológica, possibilitando maior oferta de serviços e condições de escolha para os colaboradores, além de garantir competitividade e pluralidade de opções.**
- 2.3. **Aos valores dos planos de assistência a assistência médico-hospitalar /odontológica são tabelados conforme rol de procedimentos da ANS e devidamente registrados na agência, portanto não existe variação de valores dos planos entre as operadoras, sendo assim a modalidade credenciamento é a melhor opção para garantir a variedade de atendimento aos funcionários da CODEG.**
- 2.4. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar e odontológico é regida pelos seguintes dispositivos legais e normativos:
 - a) **Lei nº 9.656, de 03/06/1998**, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e alterações posteriores;
 - b) **Resolução ANS nº 63, de 22 de dezembro de 2003**, que define 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;

c) **Resolução ANS nº 195, de 14 de julho de 2009** (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências;

d) **Resolução ANS nº 196, de 14 de julho de 2009**, com suas alterações, que dispõe sobre a Administradora de Benefícios;

e) **Resolução ANS nº 203, de 01 de outubro de 2009**, e alterações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – que dispõe sobre avos garantidores para administradoras de benefícios;

f) **Instrução Normativa nº 33, de 5 de outubro de 2009**, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - que regulamenta o artigo 1º, § 2º da Resolução Normativa nº 203, de 1 de outubro de 2009;

g) **Resolução ANS nº 255, de 18 de maio de 2011**, que dispõe sobre a designação do responsável pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 64, de 10 de abril de 2011;

h) **Resolução ANS nº 309, de 24 de outubro de 2012**, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste;

i) **Resolução ANS nº 412, de 10 de novembro de 2016**, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão;

j) **Resolução ANS nº 428, de 07 de novembro de 2017**, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde;

l) **Orientações e especificações técnicas** constantes no presente termo de referência.

3. Quanto ao método de formalização do credenciamento:

3.1. O credenciamento pretendido se justifica pela necessidade imediata da CODEG em proporcionar aos funcionários e seus dependentes a opção de prevenção e manutenção de sua saúde física e mental por meio de rede privada de assistência à saúde e odontológica, conforme determinado pelas convenções coletivas de trabalho das diversas categorias de trabalhadores vinculados à CODEG.

4. Descrição dos tipos de Planos

4.1. Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial e sem coparticipação adesão facultativo

- 4.2. **Cobertura:** Assistência ambulatorial abrangendo consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, tratamentos e procedimentos ambulatoriais.
- 4.3. **Região de Cobertura:** Abrangência estadual, garantindo atendimento em todas as regiões do estado, principalmente na cidade de Guarapari em todas as especialidades médicas adultas e pediatrias.
- 4.4. **Rede Credenciada:** Rede de prestadores de serviços médicos com clínicas, laboratórios, hospitais e profissionais de saúde em rede ampla e com reconhecimento de qualidade, com no mínimo com no mínimo 32 unidades de Pronto Socorro (PS) e 12 unidades de consultas, sendo que ao menos 01 unidade de consulta com clínica própria ou conveniada localizada em Guarapari.
- 4.5. **Condições Específicas:** Ausência de coparticipação dos colaboradores nos procedimentos cobertos.
- 4.6. **Rol de procedimentos e condições gerais:** Plano de Saúde com atendimento ambulatorial empresarial de acordo com o rol de procedimentos da ANS, sem coparticipação, sem Enfermaria e Internação, com adesão facultativa do funcionário da CODEG, atendimento em rede ampla estadual e clínica própria e/ou clínica conveniada na cidade de Guarapari e com coberturas mínimas definidas pela RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465 DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 da ANS.

4.7. Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação adesão facultativo

- 4.8. **Cobertura:** Assistência ambulatorial e hospitalar, incluindo internações, cirurgias, exames hospitalares, tratamentos complexos e cobertura obstetrícia.
- 4.9. **Região de Cobertura:** Abrangência estadual, garantindo atendimento em todas as regiões do estado, principalmente na cidade de Guarapari em todas as especialidades médicas adultas e pediatrias.
- 4.10. **Rede Credenciada:** Rede estadual ampla e qualificada de hospitais, clínicas e profissionais de saúde, com capacidade para atendimentos de alta complexidade, com no mínimo 32 unidades de Pronto Socorro (PS), 35 Unidades de Internação e 12 unidades de consultas, sendo que ao menos 01 unidade de PS, internação e consulta com clínica própria ou conveniada localizada em Guarapari.
- 4.11. **Condições Específicas:** coparticipação dos colaboradores em todos os procedimentos cobertos, incluindo internações e partos.
- 4.12. **Rol de procedimentos e condições gerais:** Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, internação, com acomodação em enfermaria, de acordo com o rol de procedimentos da ANS, com coparticipação, com adesão facultativa do funcionário da CODEG, atendimento em rede ampla estadual e clínica própria e/ou clínica conveniada na cidade de Guarapari e com coberturas mínimas definidas pela RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 465 DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 da ANS.

4.13. Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico

- 4.14. **Cobertura:** Assistência odontológica, incluindo consultas, exames, tratamentos, procedimentos preventivos e corretivos.
- 4.15. **Região de Cobertura:** Abrangência estadual, com rede de consultórios e clínicas odontológicas em todas as regiões do estado, principalmente na cidade de Guarapari com o mínimo de: Clínico Geral, Dentística, Odontopediatria, Prótese Dentária, Endodontia, Cirurgia, Ortopedia Func. dos Maxilares, Pacientes Especiais, Radiologia,
- 4.16. **Rede Credenciada:** Rede ampla e diversificada de dentistas e clínicas odontológicas reconhecidas pela qualidade dos serviços prestados.
- 4.17. **Condições Específicas:** Ausência de coparticipação dos colaboradores nos procedimentos cobertos.
- 4.18. **Rol de procedimentos e condições gerais:** Plano Odontológico Empresarial Intermediário e com as seguintes coberturas mínimas: Aplicação de flúor; Consulta; Consulta para Clareamento; Documentação Ortodôntica completa ; Emergência 24h; Extrações; Extrações de siso; Limpeza; Odontopediatria; Placa de clareamento; Placa de mordida; Prótese de Rol; Prótese removível parcial; Prótese removível total (dentadura); Próteses em Ceromêro; Próteses em Cerâmica; Próteses em Resina; Radiografia (Raio X); Restaurações em resina; Tratamento e retratamento de canal; Tratamento gengival.

5. Condições Gerais para Credenciamento

5.1. Requisitos das Empresas Credenciadas

- 5.2. As empresas interessadas em participar do credenciamento deverão atender aos seguintes requisitos:
- 5.3. **Registro da operadora na ANS:** Apresentar operadora de plano de saúde registrada e regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 5.4. **Comprovação de Capacidade Técnica:**
- 5.5. Apresentar Atestado de Capacidade Técnica, emitido por empresa ou órgão público em papel timbrado e devidamente assinado pelo responsável, com a parcela de maior relevância:
- 5.5.1.1. Administradoras de benefícios para a prestação de serviços de gestão e fornecimento de planos de assistência à saúde para no mínimo 210 vidas/usuários.
 - 5.5.1.2. Apresentando assim experiência comprovada na prestação dos serviços especificados nos respectivos itens a serem credenciados
- 5.6. **Regularidade Fiscal e Trabalhista:** Apresentar documentos que comprovem a regularidade fiscal e trabalhista conforme edital.
- 5.7. **Rede Credenciada:** Disponibilizar uma rede credenciada compatível com os requisitos de cobertura e qualidade estipulados para cada lote, com atendimento em rede ampla estadual e na cidade de Guarapari.
- 5.8. **Comprovação de Solvência Financeira:** Apresentar demonstrações financeiras que comprovem a saúde financeira da operadora conforme edital.

5.9. Procedimento de Credenciamento

- 5.10. **Inscrição:** As empresas administradoras de benefícios interessadas deverão apresentar a documentação exigida em edital e realizar a inscrição para o(s) lote(s) de interesse, sendo que para o Lote 1 (itens 1 a 7 com 2 tipos de planos diferentes, e a empresa deverá apresentar proposta para todos os itens do lote 1, Lote 2 (itens 8 a 10 com 2 tipos de planos diferentes) e a empresa deverá apresentar proposta para todos os itens do lote 2.
- 5.11. **Análise de Documentação:** A documentação será analisada pela comissão de licitação, que verificará o cumprimento dos requisitos.
- 5.12. **Habilitação:** As empresas que atenderem a todos os requisitos serão habilitadas e poderão prestar os serviços, mediante assinatura de contrato de credenciamento.
- 5.13. **Valores dos Planos:** Os valores dos planos de assistência à saúde e odontológicos ofertados serão definidos no edital após pesquisa de mercado, conforme tipo de plano e cobertura e faixa etária. A empresa interessada deverá apresentar proposta comercial devidamente assinada com os valores constante no edital, sendo que não serão aceita proposta com valores maiores ao menor valor apurado na pesquisa orçamentaria e publicado em anexo ao edital.

6. Critérios de Seleção

- 6.1. A seleção das empresas será realizada conforme o atendimento aos requisitos descritos, não havendo limite máximo de empresas credenciadas, desde que cumpram integralmente as condições estabelecidas.

7. Condições de Prestação dos Serviços

- 7.1. **Gestão dos Planos:** A empresas administradoras de benefícios credenciada será responsável pela gestão completa dos planos de assistência à Saúde e/ou Odontológico, incluindo atendimento presencial ao usuário com local em Guarapari, processamento de demandas, cobertura de serviços, administração de custos.
- 7.2. **Adesão dos funcionários e dependentes:** A adesão dos funcionários aos planos de assistência à saúde e odontológica será voluntária, respeitando as condições contratuais e regulamentações da ANS, a empresa credenciada fará o cadastramento dos funcionários no respectivo plano de saúde e/ou plano odontológico no ato da adesão.
- 7.3. **Faturamento e pagamento:** O pagamento à operadora será feito conforme a adesão dos colaboradores ao plano, nos termos estipulados no contrato de credenciamento. A empresa credenciada apresentará ofício de solicitação de pagamento com indicação de dados e conta bancária para efetuar pagamento por depósito bancário (não será aceito boleto bancário), certidões de regularidade fiscais conforme contrato, junto com a nota fiscal e relatório nominal e cm valores por lote, itens e faixa etária com as adesões ao plano realizada no sistema próprio.
- 7.4. O Ofício de pagamento, certidões e notas fiscais e relatório de adesões deverão ser protocolas na recepção da sede da CODEG, todo mês após 30 dias de

utilização do plano (pós-pago), detalhadas por lote, itens e faixas etárias em notas fiscais separadas conforme a seguir:

7.4.1.1. Nota Fiscal 1 – Lote 1, itens 1, 2 e 5 referentes aos itens de pagamento com dotação direta da CODEG.

7.4.1.2. Nota Fiscal 2 – Lote 1, itens 3, 4, 6 e 7, referentes aos itens de pagamento com desconto em folha do funcionário.

7.4.1.3. Nota Fiscal 3 – Lote 2, item 8, referente ao item de pagamento com dotação direta da CODEG.

7.4.1.4. Nota Fiscal 4 – Lote 4, itens 9 e 10, referentes aos itens de pagamento com desconto em folha do funcionário.

7.5. **Adesão ao Plano:** Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde e/ou Odontológico apresentados pelas empresas administradoras de benefícios credenciadas pela CODEG, os funcionários da CODEG, mediante manifestação expressa junto ao agente/preposto da empresa credenciada conforme determinado na convenção de sua respectiva categoria profissional/laboral.

7.6. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde e odontológica de que trata este termo de referência.

7.7. A prospecção junto aos servidores beneficiários será realizada pela empresa credenciada, que também será responsável pelo cadastramento dos titulares e seus dependentes nos respectivos sistemas dos planos de assistência à Saúde e/ou Odontológico, bem como a entrega das carteiras do plano de saúde diretamente ao funcionário da CODEG.

7.8. Os funcionários da CODEG e seus dependentes disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato entre a CODEG e as Credenciadas, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde e/ou Odontológico, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas nos planos.

7.9. 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 dos funcionários, terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no Plano escolhido pelo beneficiário titular, sob pena do cumprimento da carência prevista nos planos.

7.10. A CODEG ofertará o Plano de Saúde tipo Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação aos seus funcionários sem custo conforme convenção coletiva da respectiva categoria, com exceção da categoria profissional/laboral abrangidos pela convenção coletiva do Sindilimpe x Selures, que determina o desconto de 35% do valor da mensalidade do plano do empregado (titular), será descontado em folha de pagamento, mediante autorização prévia e por escrito do empregado, nos termos da Súmula de nº 342, do Tribunal Superior do Trabalho.

7.11. O empregado que optar aderir o Plano de Saúde de maior cobertura, tipo **Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação**, o empregado ficará responsável pelo pagamento da diferença total entre o Plano Ambulatorial, para o de maior cobertura a qual optou bem como as despesas de coparticipação do mês.

7.12. O empregado que optar aderir o Plano Odontológico de maior cobertura, tipo **Plano Odontológico com benefício adicional de cobertura de ortodontia (Aparelho Ortodôntico) para perfil Titular/Dependente**, o empregado ficará

responsável pelo pagamento da diferença total entre o Plano Odontológico, para o de maior cobertura a qual optou bem como dos seus dependentes.

- 7.13. Ficará ao cargo do titular o a solicitação de inclusão do plano de saúde e/ou odontológico do Dependente e deverá ser descontado em folha de pagamento, mediante autorização prévia e por escrito do empregado, nos termos da Súmula de nº 342, do Tribunal Superior do Trabalho, no ato da formalização junto ao junto ao agente/preposto da empresa credenciada.
- 7.14. O pagamento da diferença total entre o plano Ambulatorial para o de maior cobertura, a qual optou o empregado, será descontado em folha de pagamento, mediante autorização prévia e por escrito do empregado, nos termos da Súmula de nº 342, do Tribunal Superior do Trabalho.
- 7.15. Fica sujeita à carência prevista no subitem abaixo a REINCLUSÃO de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo beneficiário titular.
- 7.16. Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir mais de um plano de saúde e/ou odontológico custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal da CODEG.
- 7.17. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da cobertura assistencial e da contagem dos períodos de carência:

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

A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde e/ou Odontológico, deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 15º dia	A partir do 1º dia do mês subsequente.
16º ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

Caberá ao Departamento Recursos Humanos da CODEG apresentar documentos que comprovem o vínculo dos funcionários, seus dependentes, e pensionistas indicando a relação de parentesco dos dependentes, quando solicitado pela Operadora/Administradora e

fiscalizará o cumprimento do contrato e conferência do cadastramento dos beneficiários nos planos por parte da empresa credenciada.

Carências dos Planos: Poderá ser exigida carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde e Odontológico, conforme quadro relacionados abaixo:

CARÊNCIAS ASSISTÊNCIA MÉDICA		
Procedimentos	Carência Reduzida	Carência Normal
Urgência/Emergência	Imediato	24 (vinte e quatro) horas
Consultas	Imediato	30 (trinta) dias
Exames Simples ou tipo I	Imediato	30 (trinta) dias
Exames Intermediários ou tipo II	Imediato	90 (noventa) dias
Exames Especializados ou tipo III	Imediato	180 (cento e oitenta) dias
Internações clínicas ou cirúrgicas	Imediato	181 (cento e oitenta) dias
Partos	Imediato	300 (trezentos) dias
Doenças Preexistentes	Imediato	720 (Setecentos) dias
Observações		
1) Carência REDUZIDA - Será válida para o grupo inicial de adesões, realizadas na assinatura do contrato, ou para funcionários que forem admitidos futuramente e inscritos no plano até 10 dias do registro.		
2) Carência NORMAL (Posterior) - Será válida para adesões fora dos prazos estipulados no item 01.		

7.18. A coparticipação nos procedimentos dos planos de assistência à saúde não poderá ser superior aos valores relacionados abaixo:

GRUPO	PROCEDIMENTOS	VALORES E CONDIÇÕES
1	Consulta Eletiva Clínica Própria e/ou Conveniada	R\$ 20,00
2	Consulta Em Hospital (Pronto Socorro)	R\$ 25,00
3	Exames/Procedimentos Simples	30% com limitador de R\$ 40,00
4	Exames/Procedimentos Especiais	30% com limitador de R\$ 100,00
5	Terapias (Grupo 1)	30% com limitador de R\$ 50,00
6	Terapias (Grupo 2)	ISENTO
7	Terapias (Grupo 3)	40% com limitador de R\$ 150,00
8	Internação	ISENTO

****Os valores utilizados serão pagos na fatura e descontados diretamente do servidor conforme demonstrativo apresentado no relatório da nota fiscal.**

8. Quantidades da Prestação de Serviço

8.1. O quantitativo a ser contratado corresponde ao descrito no quadro abaixo:

Descrição do item	Faixa Etária	Quantidade Estimada Máxima (2025/2026)*	Valor Unitário	Valor Total
Lote 1 – Assistência à saúde				
Item 1: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Titular com 100% pagamento dotação CODEG	00 a 43 anos	199		
	44 a 58 anos	180		
	A partir de 59 anos	64		
Item 2: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Titular com 65% pagamento dotação CODEG	00 a 43 anos	154		
	44 a 58 anos	144		
	A partir de 59 anos	51		
Item 3: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo com desconto de 35% em folha de pagamento do perfil Titular, conforme convenção Sindilimpe x Selures 2025.	00 a 43 anos	154		
	44 a 58 anos	144		
	A partir de 59 anos	51		
Item 4: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial sem coparticipação facultativo sem desconto em convenção para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.	00 a 43 anos	50		
	44 a 58 anos	100		
	A partir de 59 anos	30		
Item 5: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Titular com desconto da diferença do valor do plano ambulatorial em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.	00 a 43 anos	50		
	44 a 58 anos	100		
	A partir de 59 anos	30		
Item 6: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Titular com com desconto de 35% em folha de pagamento do perfil Titular, conforme convenção Sindilimpe x Selures 2025.	00 a 43 anos	50		
	44 a 58 anos	100		
	A partir de 59 anos	30		
Item 7: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia e com coparticipação para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.	00 a 43 anos	50		
	44 a 58 anos	100		
	A partir de 59 anos	30		

Lote 2 – Assistência Odontológica				
Item 8: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico para perfil Titular com 100% pagamento dotação CODEG	sem faixa etária	422		
Item 9: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular.	sem faixa etária	100		
Item 10: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico com benefício adicional de cobertura de ortodontia (Aparelho Ortodôntico) para perfil Titular com desconto da diferença do valor do plano Odontológico em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias.	sem faixa etária	50		
Item 11: Gestão de Plano de Saúde Segmento Assistencial Odontológico com benefício adicional de cobertura de ordontia (Aparelho Ortodôntico) para perfil Dependente com desconto de 100% em folha de pagamento do Titular, conforme convenção coletiva de trabalho das categorias	sem faixa etária	50		

* Quantidades estimadas conforme análise da população ativa de funcionários da CODEG e seus dependentes cadastrados.

9. Fiscalização e gestão dos contratos

9.1. A gestão e fiscalização dos contratos ficará por conta do departamento de recursos humanos.

10. Dotação Orçamentaria

10.1. A dotação reservada para este serviço no orçamento da CODEG será apenas referente aos seguintes itens: Lote 1: itens 1, 2 e 5; Lote 2: item 8. Para os demais Lotes e Itens a dotação será retenção dos valores na folha de pagamento dos titulares dos planos referentes aos descontos e percentuais previstos e valores dos planos dos Dependentes.

11. Prazo de Vigência e reajustes

11.1. O contrato de credenciamento terá prazo de vigência de 12 meses, podendo ser prorrogado conforme legislação vigente e a critério da administração, mediante aditivo contratual.

11.2. Os reajustes seguirão os percentuais definidos pela ANS, não sendo aceitos reajustes extemporâneos.

12. Penalidades

- 12.1. Em caso de descumprimento das obrigações contratuais, a operadora/administradora credenciada estará sujeita às penalidades previstas no contrato, incluindo multas, suspensão do credenciamento e outras sanções legais cabíveis.

13. Disposições Finais

- 13.1. **Responsabilidade das Empresa e Operadoras:** As empresas administradoras e operadoras credenciadas são integralmente responsáveis pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento das normas da ANS.
- 13.2. **Sigilo e Confidencialidade:** As operadoras devem garantir a confidencialidade dos dados dos colaboradores, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- 13.3. **Rescisão Contratual:** A rescisão do contrato de credenciamento poderá ocorrer a qualquer momento, mediante notificação prévia, em caso de descumprimento das obrigações contratuais, ou conforme interesse da CODEG quando o plano não se mostrar vantajoso para administração pública.

DECLARAÇÃO

O Termo de Referência do Projeto Básico foi elaborado pelo Engenheiro Segurança do Trabalho, Fábio Lucio Barros de Oliveira, CREA-ES ES-053894/D, portanto aprovo o conteúdo do presente documento.

Guarapari, 01 de Setembro de 2025



Fábio Lucio Barros de Oliveira
Engenheiro Segurança do Trabalho
CREA-ES 053894