

ANEXO I A - TERMO DE REFERÊNCIA

I - DO OBJETO

Credenciamento de empresas para atuar como Operadora de Plano de assistência à saúde, objetivando contratação de planos coletivos empresariais de assistência médica a saúde e assistência odontológica devidamente autorizados pela Agenda Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de serviços assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterapia, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente em âmbito Municipal e/ou Estadual e para urgência/emergência em âmbito Nacional, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das listadas na classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores da Prefeitura de Caucaia, ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas, com a cobertura na área de atuação do órgão, contemplando atendimentos disciplinares pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, pela Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010 (alterada pelas Resoluções nº 261, de 28 de julho de 2011 e nº 262, de 1 de agosto de 2011), pela Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agenda Nacional de Saúde Suplementar - ANS e orientações e especificações técnicas constantes de assistência à saúde suplementar de operadoras de planos de assistência médica e operadora de assistência odontológica, consignados em folha de pagamento aos servidores públicos ativos, inativos e pensionistas da Administração Pública Direta Indireta do Executivo Municipal, nos termos da Lei Municipal nº 1312/2000, do Decreto Municipal Nº 630/14 e suas alterações, com base nas condições e informações contidas no Termo de Referência em anexo.

II - CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento. considera-se:

- 2.1. USUÁRIOS - OS INSCRITOS NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS TITULARES, DEPENDENTES, PENSIONISTAS.
- 2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR - servidores da Prefeitura de Caucaia, ativos e inativos e pensionistas,
- 2.3. BENEFICIÁRIOS DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
- 2.4. PENSIONISTA - Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
- 2.5. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - Valor a ser estabelecido com a autorização de débito em conta corrente ou para o encaminhamento de boletos bancários, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente aos servidores da Prefeitura de Caucaia, ativos, inativos e pensionistas.
- 2.6. REDE CREDENCIADA - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratoriais, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, ofertando o mínimo exigido de 05 hospitais na Região Metropolitana de





Fortaleza/CE, sendo 1 hospital de Grande Porte de alta complexidade com atendimento em UTI.

2.7. ABRANGÊNCIA DA REDE - Localidades em que as operadoras contratadas deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica a escolha do servidor contratante.

2.8. Operadora de Plano de Saúde - Empresa devidamente autorizada pela Agenda Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como administradora dos beneficiários de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com o qual a PREFEITURA DE CAUCAIA celebrara Termo Credenciamento, devendo disponibilizar serviços descritos neste termo.

2.9 TIPOS DE PLANOS:

2.9.1. PLANO BÁSICO -- Planos Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação em Enfermarias.

2.9.2. PLANO ESPECIAL - Plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo.

2.9.3. PLANO ODONTOLÓGICO - Cobertura de Assistência Odontológica - compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Agência Nacional de Saúde.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores da Prefeitura de Caucaia ativos, inativos e pensionistas.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1. O cônjuge ou companheiro (a) de união estável;

3.2.2. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável,

3.2.3. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

3.2.4. Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

3.2.5. Os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

3.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4. e 3.2.5;

3.2.7. A existência dos dependentes constantes dos itens 3.2.1 e 3.2.2. inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3.;

3.2.8. Somente para inclusão no plano Odontológico é permitido: adesão de pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos membros e servidores ativos e inativos da Prefeitura Municipal de Caucaia conforme declaração anual de Imposto de Renda e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assumo o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratador, para plano de saúde não será aceito inclusão de agregados.



3.2.9. AGREGADO - Aquele vinculado ao titular, na qualidade de parente, que não atende a condição de dependente, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, observado o deste Termo de Referência para adesão somente ao pleno odontológico.

3.3. A Operadora poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

3.4. Somente servidor ativo, inativo e pensionista da Prefeitura Municipal de Caucaia poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

IV - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

4.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Operadoras credenciadas pela Prefeitura de Caucaia, os servidores ativos e inativos da Prefeitura de Caucaia mediante manifestação expressa junto a Operadora.

4.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esse Termo de Referência.

4.3. Os servidores ativos, inativos e pensionistas da Prefeitura de Caucaia e seus dependentes disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Operadora, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 6.1.

4.4. Os Pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Operadora, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 6.1.

4.5. Os pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Projeto Básico, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto a Coordenação de Recursos Humanos da Prefeitura de Caucaia no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 4.1.

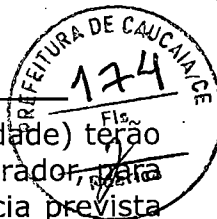
4.6. Para a transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em quarto privativo) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do subitem 6.1.

4.7. A transferência de plano superior para plano inferior (acomodação em enfermaria) poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.

4.8. Os servidores ativos da Prefeitura de Caucaia, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem a inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes.

4.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos, integrantes do quadro de pessoal permanentes da Prefeitura de Caucaia no Plano de Assistência a Saúde (por casamento, nascimento, adoção de





filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 6.1.

4.10. Fica sujeita a carência prevista no subitem 6.1 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo ou inativo, integrantes do quadro de pessoal permanente da Prefeitura de Caucaia e por beneficiários de pensão.

4.11. Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

4.12. E garantida aos servidores exonerados de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados a manutenção no Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a Prefeitura de Caucaia nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4.13. Poderá a Operadora manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a Prefeitura de Caucaia nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

4.14. A solicitação de movimentação (inclusão, exclusão ou alteração) de beneficiários no plano de assistência à saúde deverá atender o cronograma abaixo para fins de suspensão da cobertura assistencial:

Período de Movimentação	Vigência de Movimentação
1º dia ao 10º dia	A partir do 1º dia do mês seguinte
11º dia ao 30º dia	A partir do 1º dia do 2º mês subsequente

4.14.1. Na hipótese de falecimento do titular ou dependentes, a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento.

4.14.2. O servidor excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à Operadora Contratada, sob pena de ser responsabilizado pelo custeio integral de eventuais procedimentos realizados.

4.14.3. O não cumprimento das exigências estabelecidas no subitem 4.14.2 submeterá o servidor ao pagamento do valor integral cobrado pela Operadora Contratada, no plano aderido,

4.14.4. E facultado, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998 e da Resolução CONSU de nº. 20/1999, manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional, desde que assumam integralmente o respectivo custeio e diretamente à operadora e estejam plenamente enquadrados nas disposições legais.

4.14.5. A situação exposta no subitem 4.14.4 é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo funcional, nos termos da lei.

4.14.6. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou aposentado excluído, juntamente com os demais beneficiários a ele vinculados, do plano de assistência médica/odontológica.

4.15. Caberá a Prefeitura de Caucaia solicitar ao titular e apresentar documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos da Prefeitura de Caucaia,





indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Operadora de Plano de assistência à saúde.

V - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

5.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

5.3. Ressalvadas as situações previstas no item 5.1. a Operadora poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo da Prefeitura de Caucaia e dos beneficiários de pensão que, por fraude ou inadimplência por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado.

5.4. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de Caucaia solicitar formalmente à Coordenadoria de Recursos Humanos da Prefeitura de Caucaia e a Operadora a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

5.5. Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de Caucaia serão responsáveis pela devolução imediata a Operadora de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver.

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

VI - DA CARÊNCIA

6.1. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item IV, os beneficiários deverão cumprir os seguintes prazos de carência:

- a) urgência/emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) consultas e exames laboratoriais de análises clínicas e patológicas: 30 (trinta) dias;
- c) demais exames e procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
- d] parto: 300 (trezentos) dias; e
- e] doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

VII - DA PORTABILIDADE

7.1. As Operadoras de plano de saúde contratadas deverão declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca





de operadoras dentre aquelas vinculadas que firmar Termo de Acordo com a Prefeitura de Caucaia, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 13.000,00 (treze mil reais);
- b) que a opção seja para o plano equivalente na operadora escolhida; e
- c) que inexista situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

7.2. Os servidores da Prefeitura de Caucaia que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas Operadoras, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 6.1.

VIII - DOS BENEFÍCIOS

8.1. As operadoras de planos de saúde contratadas cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

8.2. É obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

8.2.1. Diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

8.3. Os procedimentos e ventos e saúde de cobertura obrigatória, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais, possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

8.4. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados e de acordo com o especificado nas Resoluções RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e RN nº 262, de 01 de agosto de 2011:

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

8.4.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

8.4.3. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados na norma vigente.

8.4.4. Consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com a norma vigente.

8.4.5. Psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido na norma vigente, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.

8.4.6. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na norma vigente, que podem ser tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

8.4.7. Ações de planejamento familiar para segmentação ambulatorial.





8.4.8. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema:

8.4.9. Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

8.5. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal -CAPD;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, casioterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- Hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- Tratamento fisioterápico;
- Tratamento fonoaudiológico;

8.6. Os serviços Hospitalares compreendem a cobertura de atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal; da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência emergência, na forma abaixo especificada e de acordo com o especificado nas Resoluções RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 e RN nº 262, de 01 de agosto de 2011:

8.6.1. Todas as modalidades de internação hospitalar, em número ilimitado de dias;

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

8.6.3. Diária de internação hospitalar;

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

8.6.5. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

8.6.6. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

8.6.7. Hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na norma vigente;

8.6.8. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito), maior de 60 (sessenta) anos ou do portador de deficiência, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

8.6.9. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgão, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

8.6.10. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de



enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados a cirúrgico utilizado durante o período de internação hospitalar;

8.6.11. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária a complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

8.6.12. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério;

8.6.13. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

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

8.6.15. Transplantes de córnea, rim e medula óssea, bem como as despesas com os seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

8.6.16. Atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente;

8.6.17. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados em norma vigente;

8.6.18. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

8.6.19. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

8.6.20. É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.

8.6.21. Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias a recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias a correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.

8.6.22. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional, utilizando-se dos meios de controle de transportes convenientes;

8.6.23. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico

assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CCAPD;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- Fitoterapia;
- Próteses intraoperatórias;
- Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção, a partir da alta; despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos Obstétricos;
- Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplantes de córnea e rim exceto medicação de manutenção.

8.6.24. Procedimentos relativos ao pré-natal; da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do beneficiário, onde seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

8.7. atendimentos psiquiátricos ou tratamentos de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor.

8.8. A cobertura odontológica compreende:

8.8.1. O plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 2011, de 11 de janeiro de 2010 (alterada pela Resolução nº 626, de 02 de agosto de 2011), da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

8.8.1.1. Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém tem cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

8.8.1.2. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo da norma supracitada para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

8.8.1.3. É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas especificadas sobre o terna.

IX - DAS EXCLUSÕES





9.1. As exclusões cobertura conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada lei.

9.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 9.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 9.2.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento de carências;
- 9.2.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 9.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 9.2.5. Inseminação artificial;
- 9.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com a finalidade estética;
- 9.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 9.2.8. Transplantes, a exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 9.2.9. Fornecimentos de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 9.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 9.2.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 9.2.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 9.2.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 9.2.14. Aplicação de vacinas preventivas;
- 9.2.15. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 9.2.16. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 9.2.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 9.2.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 9.2.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médica não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

X - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

10.1. Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

10.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de compilação no processo da gestação.

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

10.1.3. E assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte quatro horas contadas da adesão do beneficiário do plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados a preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário,





incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando se o seguinte:

10.1.4. 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 internação;

10.1.5. Caberão às operadoras de planos de saúde contratadas o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para a unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando a continuidade do atendimento.

XI - DO REEMBOLSO

11.1. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de planos de saúde contratadas, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

11.1.1. O serviço for realizado em localidade pertencente a área de abrangência geográfica do plano onde houver profissional na rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

11.1.2. Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;

11.1.3. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades;

11.2. 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 desenvolvidos em caso de reembolso parcial.

11.3. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar as operadoras de planos de saúde contratadas os seguintes documentos:

11.3.1. 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;

11.3.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

11.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

11.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

11.4. 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.

XII - DA REMOÇÃO



12.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

12.2. Nos cases de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver mais direito a internação devido a carência de 24 horas, 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, observando-se as seguintes situações:

12.2.1. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;

12.2.2. As operadoras contratadas deverão disponibilizar ambulância terrestre 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;

12.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 10.1.5, operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIII - DAS ACOMODAÇÕES

13.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

13.1.1. PLANO BÁSICO - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, com acomodação enfermaria.

13.1.2. PLANO ESPECIAL - Compreende o Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.

13.2. Na hipótese do 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.

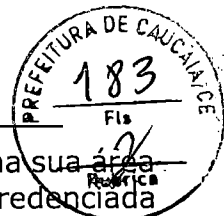
13.3. Além dos planos acima as Operadoras poderão apresentar planos opcionais, com abrangência e rede superior e/ou inferior ao exigido neste Termo de Referência.

XIV - REDE CREDENCIADA

14.1. A Operadora deverá manter um posto de apoio, nas dependências da Prefeitura de Caucaia, pelo prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da assinatura do Termo de Acordo, para atendimento aos servidores.

14.2. Após o prazo acima fixado, a Operadora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para o contato dos servidores desta Prefeitura (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.





14.3. As operadoras de Plano de Saúde conveniadas deverão oferecer, na sua área de abrangência dos produtos ofertados a Prefeitura de Caucaia, a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, constando ainda de:

14.3.1. Na Região Metropolitana de Fortaleza, no mínimo, 02 (dois) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) Pronto socorro,
- b) UTI;
- c) Internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais;
- d) Procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

14.4. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado no ato da assinatura do contrato.

XV - OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

15.1. São obrigações das Operadoras de Planos de assistência médica hospitalar:

15.1.1. Caberá as Operadoras conveniadas além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução ANS nº 211, de 11 de janeiro de 2010 (alterada pela Resolução nº 261, 28 de julho de 2011), e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) Oferece 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;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente a 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;
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratada por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras plano saúde contratada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada os seguintes documentos:

I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços per unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

II. Recibo de pagamentos dos honorários médicos;

III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e





IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- f) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;
- g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do plano de assistência à saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exaustivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários Plano de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos, devidamente atualizado, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratada, inscrito ou registrado nos respectivos conselhos), por meio físico ou virtual;
- i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com Operadora de Saúde.
- j) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- k) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações;
- l) Deverá possuir a facilidade "disque 0800 24 horas" para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;
- m) As operadoras de planos de saúde deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas a assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução Normativa ANS nº 255, de 18 de maio de 2011;

15.2 São obrigações das Operadoras odontológicas:

15.2.1 Caberá as Operadoras conveniadas além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução ANS nº 211 de janeiro de 2010 (alterada pela Resolução nº 261, de 28 de julho de 2011), e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;
- b) 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 devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano odontológico contratada por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratada, no



prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento:

d) Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência a saúde per eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas os seguintes documentos:

I. 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;

II. Recibo de pagamentos dos honorários;

III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e

IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

f) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;

g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do plano de assistência odontológicas, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, manual de normas e procedimentos, devidamente atualizado, no qual deverá constar a rede credenciada de Consultório e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos:

i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados no momentos da celebração do contrato com a Operadora

i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados nos momentos da celebração do contrato com a Operadora.

j) Deverá possuir a facilidade "disque 0800 24 horas" para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

XVI - OBRIGAÇÕES DA PREFEITURA DE CAUCAIA

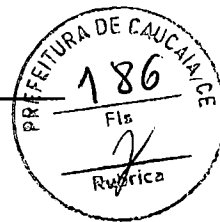
16.1. São obrigações do Município de Caucaia:

a) Colocar à disposição da Operadora, informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência a saúde;

b) Permitir à operadora a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação.

c) Permitir aos profissionais da Operadora o acesso as dependências do edifício sede da Prefeitura de Caucaia, mediante previa autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo.





XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e suas complicações.

17.2 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,

17.2. 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.

17.3. A Operadora deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, disque 0800 24 horas, para os esclarecimentos que fizerem necessários aos beneficiários.

17.4 As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde, serão, tempestivamente, comunicadas a empresa prestadora dos serviços, pela Comissão de Fiscalização. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Operadora.

17.5 As operadoras de Plano de Saúde- contratadas, reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, desde que obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere a mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

17.6. Não caberá as operadoras de Plano de Saúde contratadas, nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médicos-hospitalares de livre escolha do servidor.

17.7 O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas, de acordo com o plano subscreto 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.

17.8 No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas do Plano de Assistência à Saúde.

17.9 As operadoras de Plano de Saúde contratadas, poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos, conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

17.10 Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas, estabelecem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou emergência.

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





17.12 A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da Operadora, e o terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

17.13 É facultada 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.

17.14 Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar, por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas, 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 continuidade da assistência.

17.15 No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

17.16 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e criança até 5 (cinco) anos de idade.

17.17. As operadoras de Plano de Saúde contratadas, não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

17.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Fiscalização em conjunto com a Operadora

17.19. Perfil Etário

17.19.1. Distribuição etária dos servidores: ANEXO I - do TERMO DE REFERÊNCIA.

Caucaia (CE), 05 de agosto de 2025.

Maria Irenilde Neres Galeno Fortunato

Ordenadora de Despesas da Secretaria de Administração e Recursos Humanos





ANEXO A - I - DO TERMO DE REFERÊNCIA
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS SERVIDORES

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE
18 anos	01
19 a 23 anos	149
24 a 28 anos	513
29 a 33 anos	728
34 a 38 anos	1.105
39 a 43 anos	1.425
44 a 48 anos	1.520
49 a 53 anos	1.188
54 a 58 anos	1.000
59 anos ou mais	1.010
TOTAL DE SERVIDORES	8.639

Caucaia (CE), 05 de agosto de 2025.

Maria Irenilde Neris Galeno Fortunato

Ordenadora de Despesas da Secretaria de Administração e Recursos Humanos