

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

1. Do objeto

1.1. Contratação de plano privado de assistência médico-hospitalar à saúde, em regime semiprivativo, com opção individual para o regime privativo, nas segmentações médica, serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, atendimento de urgência e emergência, incluindo remoções e exames complementares, sob a modalidade de mensalidade pré-fixada com **abrangência nacional**, sem carência, para os diretores, empregados ativos, adidos e empregados aposentados da COMPANHIA DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE - PROCEMPA, com sede em Porto Alegre – RS, bem como para seus respectivos dependentes, totalizando aproximadamente 898 beneficiários, para o tratamento, diagnóstico e prevenção de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, na forma dos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/1998.

2. Justificativas

2.1. A presente contratação de plano de saúde médico-hospitalar visa atender à cláusula 30ª do Acordo Coletivo 2024/2025 dos empregados, diretores, dependentes legais e agregados vinculados à PROCEMPA.

2.2. A presente contratação do plano de saúde médico-hospitalar será realizada conforme ditames da Lei nº 13.303/2016, que institui normas para licitações, da Lei 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde, e de acordo com os atos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3. Tipos de planos de hospitalização

3.1. Deverá ser oferecido plano semiprivativo com abrangência nacional, com quartos com até 2 (dois) leitos, e opção para plano privativo, no qual o empregado arcará com a diferença de valores.

3.2. A opção de plano deverá ser familiar, ou seja, os dependentes/agregados deverão ser incluídos obrigatoriamente no mesmo plano do empregado/titular.

4. Beneficiários

4.1. Serão considerados beneficiários principais os diretores, os adidos e os empregados ativos e aposentados da PROCEMPA, conforme relação de nomes a ser apresentado pela Companhia, nos termos deste anexo.

4.2. Serão considerados beneficiários dependentes aqueles inscritos pelos beneficiários principais, de acordo com a descrição constante no Acordo Coletivo 2023/2024, que se segue:

- a) cônjuge;
- b) companheiro(a) com quem o empregado tenha uma declaração de união estável registrada em cartório;
- c) companheiro(a) com quem o empregado tenha filho ou declare possuir união estável, inclusive nas relações homoafetivas;

- d) filho(a) ou enteado(a), até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- e) filho(a) ou enteado(a), se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade;
- f) irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o(a) empregado(a) detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- g) irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o(a) empregado(a) tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
- h) pais, avós e bisavós que tenham recebido rendimentos, tributáveis ou não, até o limite de isenção de imposto de renda definido anualmente, cadastrados no plano de saúde até 30/06/2018;
- i) pais que tenham recebido rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção de imposto de renda definido anualmente, cadastrados no plano de saúde até 30/06/2018, desde que o empregado pague à PROCempa os valores que seriam de responsabilidade da PROCempa;
- j) filho(a) ou enteado(a) que não atenda aos critérios definidos nos itens “d” ou “e”, desde que o(a) empregado(a) recolha à tesouraria da PROCempa os valores que seriam de responsabilidade da PROCempa;
- k) menor pobre até 21 anos que o(a) empregado(a) crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial;
- l) pessoa absolutamente incapaz, da qual o(a) empregado(a) seja tutor(a) ou curador(a);
- m) filho(a) ou enteado(a) que ficar sob a guarda do(a) empregado(a) em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.

4.3. Composição do grupo de beneficiários em agosto de 2024:

	TITULARES	DEPENDENTES	Total
0 a 18 anos	0	137	137
19 a 23 anos	1	40	41
24 a 28 anos	11	60	71
29 a 33 anos	27	32	59
34 a 38 anos	49	32	81
39 a 43 anos	53	37	90
44 a 48 anos	30	26	56
49 a 53 anos	26	17	43
54 a 58 anos	58	30	88
59 a 63 anos	57	29	86
64 a 68 anos	24	11	35
69 a 73 anos	2	8	10

74 anos ou mais	3	36	39
Total Geral	341	495	836

	TITULARES	FEMININO	MASCULINO
0 a 18 anos	0	0	0
19 a 23 anos	1	1	0
24 a 28 anos	11	2	9
29 a 33 anos	27	6	21
34 a 38 anos	49	10	39
39 a 43 anos	53	12	41
44 a 48 anos	30	9	21
49 a 53 anos	26	4	22
54 a 58 anos	58	20	38
59 a 63 anos	57	16	41
64 a 68 anos	24	11	13
69 a 73 anos	2	1	1
74 anos ou mais	3	1	2
Total Geral	341	93	248

	DEPENDENTES	FEMININO	MASCULINO
0 a 18 anos	137	63	74
19 a 23 anos	40	17	23
24 a 28 anos	60	31	29
29 a 33 anos	32	19	13
34 a 38 anos	32	21	11
39 a 43 anos	37	28	9
44 a 48 anos	26	21	5
49 a 53 anos	17	16	1
54 a 58 anos	30	27	3
59 a 63 anos	29	18	11
64 a 68 anos	11	8	3
69 a 73 anos	8	3	5
74 anos ou mais	36	25	11
Total Geral	495	297	198

4.4. Identificação do beneficiário para os prestadores de serviços

4.4.1. A condição de beneficiário deverá ser comprovada através de credencial emitida pelo operador do plano de saúde, da qual constarão, além das informações sobre o plano de assistência, o prazo de validade, o nome e o código de registro do beneficiário principal e, ainda, no caso do beneficiário dependente, o seu nome e o grau de parentesco. As informações sobre os beneficiários serão fornecidas pela PROCempa, cabendo somente a esta a exigência de comprovação de dependência, sendo que esta credencial deverá ser o documento necessário de identificação, para a utilização dos serviços.

4.4.2. A credencial citada anteriormente deverá ser pessoal e intransferível, não conferindo qualquer outro direito, senão aqueles estipulados contratualmente.

4.4.3. Caso o cartão de identificação/credencial seja perdido, furtado ou danificado, a PROCempa deverá informar a contratada em um prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas do informado à Companhia.

4.4.4. Os filhos do beneficiário principal nascidos durante a vigência do contrato terão toda a assistência médica, devendo a sua inscrição como dependente ser realizada no prazo máximo de trinta dias do seu nascimento; o mesmo será aplicado a filho(a) recém-nascido(a) de beneficiária dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

4.5. Exclusão do beneficiário

4.5.1. No caso de desligamento de beneficiários do quadro da CONTRATANTE, esta ficará responsável pela informação.

4.5.2. A exclusão do beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- Na demissão do empregado (podendo permanecer conforme a Lei nº 9.656/1998);
- No pedido de demissão do empregado;
- Por morte do empregado;
- Por afastamento sem remuneração do empregado;
- No pedido escrito formulado pelo beneficiário principal, desde que ele ou qualquer de seus dependentes não tenham se utilizado de nenhum dos serviços previstos no plano de assistência, no período de 30 (trinta) dias anteriores à solicitação, sendo obrigatória a devolução das credenciais emitidas.

4.5.4. A exclusão do beneficiário dependente ocorrerá automaticamente, quando deixar de atender às condições previstas no item 4.2.

4.5.5. O beneficiário principal e seus dependentes deixarão de usufruir os serviços no 1º dia do mês subsequente à exclusão e/ou conforme a data de corte do faturamento.

4.5.6. Os empregados do quadro aposentados durante o período de vigência do contrato de trabalho poderão permanecer no plano às suas expensas quando do encerramento do vínculo empregatício.

5. Serviços de assistência a serem fornecidos

5.1. Os serviços de assistência médica oferecidos pelo Plano de Saúde deverão compreender os procedimentos hospitalares, laboratoriais, ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos, os atendimentos

de urgência e emergência, as coberturas obrigatórias nos planos de saúde de acordo, exclusivamente, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, edição atualizada e estão previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde em cumprimento a Resolução Normativa nº 465/21 e suas alterações, abrangendo as modalidades citadas na cláusula 5.2.1 a seguir, sendo ainda tais modalidades meramente exemplificativas. Havendo divergência entre a legislação vigente e as especificações do presente Termo de Referência, deverá ser adotado o procedimento que melhor se adequar às necessidades do beneficiário, visando sempre o procedimento mais avançado e seguro disponível no mercado, desde que aprovado pela ANS.

5.2. Especialidades médicas:

5.2.1. Deverá ser apresentada relação atualizada dos médicos credenciados/referenciados para prestação dos serviços descritos, subdivididos por especialidade, sendo apresentados, pelo menos, 3 (três) médicos credenciados/referenciados em cada especialidade abaixo e com consultórios particulares, além do atendimento em Hospitais, Centros Clínicos Credenciados/Referenciados, sob pena de desclassificação:

- 1) Acupuntura;
- 2) Alergia e imunologia (incluindo AIDS – cobertura às consultas, exames e às internações em locais indicados pela CONTRATADA).
- 3) Anestesia;
- 4) Angiologia;
- 5) Audiometria;
- 6) Cancerologia;
- 7) Cardiologia e cirurgia cardiovascular;
- 8) Cirurgia da mão;
- 9) Cirurgia de cabeça e pescoço;
- 10) Cirurgia do aparelho digestório;
- 11) Cirurgia geral;
- 12) Cirurgia pediátrica;
- 13) Cirurgia plástica (ver item 5.8);
- 14) Cirurgia torácica;
- 15) Cirurgia vascular;
- 16) Clínica médica;
- 17) Coloproctologia;
- 18) Densitometria óssea
- 19) Dermatologia;
- 20) Ecocardiograma;
- 21) Eletroencefalografia;
- 22) Endocrinologia e metabologia
- 23) Endoscopia
- 24) Fisiatria
- 25) Gastroenterologia;
- 26) Genética médica;
- 27) Geriatria;
- 28) Ginecologia e obstetrícia;
- 29) Hematologia e hemoterapia;
- 30) Homeopatia;
- 31) Infectologia;
- 32) Mastologia,
- 33) Medicina física e reabilitação;
- 34) Medicina intensiva;
- 35) Medicina nuclear;

- 36) Nefrologia;
- 37) Neurocirurgia;
- 38) Neurologia;
- 39) Nutrologia;
- 40) Oftalmologia (inclusive microcirurgia de astigmatismo / miopia / hipermetropia e catarata); 41) Oncologia
- 42) Ortopedia e traumatologia;
- 43) Otorrinolaringologia;
- 44) Patologia;
- 45) Pediatria;
- 46) Neonatologia;
- 47) Pneumologia;
- 48) Psiquiatria;
- 49) Radiologia e diagnóstico por Imagem;
- 50) Radioterapia;
- 51) Reumatologia;
- 52) Traumatologia; 53) Ultrassonografia; 54) Urologia.

5.2.2. Deverão estar contempladas no plano de assistência todas as demais especialidades reconhecidas, assim como toda e qualquer alteração que ocorrer na ANS, durante a vigência do contrato.

5.2.3. Além das especialidades médicas, também deverão contemplar os serviços de psicologia/psicoterapia (no mínimo 48 consultas anuais por usuário), fonoaudiologia (no mínimo 24 sessões anuais por usuário), nutricionista (no mínimo 12 consultas anuais por usuário) e terapia ocupacional (no mínimo 12 consultas anuais por usuário).

5.3. Exames e testes complementares

Estarão contemplados no plano de assistência, exclusivamente, aqueles procedimentos previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, edição atualizada e suas alterações, desde que necessários ao diagnóstico. Abaixo rol meramente exemplificativo:

- 1) Análises clínicas;
- 2) Anatomopatológico e citológico;
- 3) Angiografias;
- 4) Amnócentese;
- 5) Artroscopia;
- 6) Biópsia;
- 7) Campimetria;
- 8) Cariótico;
- 9) Cicloergometria;
- 10) Cintilografia;
- 11) Colposcopia;
- 12) Ecocardiograma;
- 13) Eletrocardiografia;
- 14) Eletrocardiografia dinâmica;
- 15) Eletroencefalografia;
- 16) Eletromiografia;
- 17) Eletrococleografia;

- 18) Endoscopia;
- 19) Exame genética médica;
- 20) Exames oftalmológicos;
- 21) Exames otoneurológicos;
- 22) Exames otorrinolaringológicos;
- 23) Fluxometria;
- 24) Mapeamento de retina;
- 25) Medicina nuclear (radiosótopos);
- 26) Neuro-radiologia;
- 27) Patologia clínica;
- 28) Provas e função pulmonar;
- 29) Provas de provocação;
- 30) Provas imuno-alérgicas;
- 31) Radiodiagnóstico;
- 32) Ressonância nuclear magnética;
- 33) Retinografia;
- 34) Teste do pezinho;
- 35) Teste do pezinho-plus;
- 36) Teste ergométrico;
- 37) Teste de contato;
- 38) Testes de sono (transtornos do sono); 39) Tomografia computadorizada; 40) Ultrassonografia.

5.3.1. Deverá ser apresentada relação atualizada dos laboratórios de análises clínicas credenciados/referenciados para a prestação dos serviços, sendo apresentados, pelo menos, 2 (dois) laboratórios credenciados/referenciados, sob pena de desclassificação.

5.4. Serviços de tratamento

O plano de assistência deverá cobrir os custos com serviços diferenciados que fizerem parte de tratamento prescrito pelos profissionais credenciados, tais como:

- 1) Acupuntura;
- 2) Cicloergometria;
- 3) Cobaltoterapia;
- 4) Ecografias;
- 5) Fisioterapia para lesões ortopédicas, cardiológicas, reumatológicas e neurológicas; 6) Fisioterapia respiratória, fotocoagulação com laser em oftalmologia;
- 7) Hematologia;
- 8) Hemodiálise e Diálise peritoneal;
- 9) Medicina Nuclear; 10) Quimioterapia; 11) Radioterapia.

5.5. Serviços de hospitalização – internação

A CONTRATADA deverá fornecer, quando for necessária, internação hospitalar a todos os beneficiários, com cobertura integral das despesas:

- 1) Internações cirúrgicas;
- 2) Anestesias;
- 3) Custos com médicos credenciados à CONTRATADA, referentes a serviços prestados aos beneficiários internados;

- 4) Diária de hospitalização em quarto semiprivativo (quartos de até 2 (dois) leitos), ou quarto privativo, de acordo com a opção de plano do empregado;
- 5) Exames complementares;
- 6) Medicamentos e oxigênio;
- 7) Monitorização pré-operatória em cirurgia;
- 8) Nutrição parenteral e enteral;
- 9) Serviços dietéticos;
- 10) Serviços gerais de enfermagem;
- 11) Taxas de internação, sala de cirurgia, sala de recuperação, berçário, salas de parto e gesso;
- 12) Transporte de pacientes internados para exames complementares, desde que o hospital onde esteja internado o beneficiário não disponibilize recursos para a realização de tais exames, e/ou transferência para outros hospitais dentro da abrangência do plano;
- 13) Despesas de acompanhantes de internados de zero a dezoito anos e acima de 60 anos de idade e pessoas com deficiência (pernoite e café da manhã), bem como de despesas de acompanhantes de beneficiários internados optantes pelo quarto privativo.
- 14) Nas hipóteses de internações hospitalares, nos casos psiquiátricos decorrentes de situação de crise superiores a 30 (trinta) dias por ano e de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química, superiores a 15 (quinze) dias por ano.

5.6. Convênio com Instituições Hospitalares: A empresa contratada deverá oferecer convênio, com **no mínimo**, os seguintes hospitais em Porto Alegre:

1. Complexo Hospitalar Santa Casa;
2. Hospital Moinhos de Vento;
3. Hospital Mãe de Deus/Mãe de Deus Center/Complexo Mãe de Deus;
4. Hospital São Lucas da PUCRS;
5. Hospital Divina Providência;
6. Pelo menos uma instituição de internação psiquiátrica na cidade de Porto Alegre.

5.6.1 O convênio contratado com o hospital deverá abranger também o agendamento de exames e consultas eletivas, além da internação e atendimento de emergência/urgência.

5.6.2 Os Hospitais Mãe de Deus e Moinhos de Vento são originários de previsão em Acordo Coletivo 2024/2025 e de acordo judicial firmado no processo 0020244-78.2018.5.04.0002. Os demais hospitais incluídos no item 5.6 propiciam ao plano contratado uma maior abrangência em sua cobertura.

5.6.3 Não poderá haver alterações supressivas na listagem das entidades hospitalares com cobertura contratada durante o decorrer do contrato.

5.7. Demais serviços obrigatórios

- 1) Prótese Ortopédica e toda e qualquer prótese e órtese, desde que seja complemento do ato cirúrgico, **de acordo com a norma atualizada da ANS**;
- 2) Litotripsia;
- 3) Angioplastia e Tratamento com Estreptoquinase;
- 4) Transfusão de sangue e seus derivados;
- 5) Atendimento aos empregados e diretores referente a acidente de trabalho, em todas as especialidades clínica médica e cirúrgica, até a alta dos mesmos, através de recurso próprio (pronto-atendimento e hospital) da contratada no local onde estiverem prestando seus serviços, no âmbito de cobertura do plano, de forma contínua, em horário diurno e noturno;
- 6) Convênio com clínicas de cirurgia oftalmológica para os procedimentos de cirurgia de miopia, astigmatismo, hipermetropia e cirurgia de catarata.

5.8. Exclusões de Cobertura

Não haverá cobertura para os seguintes procedimentos:

- 1) Medicamentos fora do período de internação hospitalar;
- 2) Cirurgias e procedimentos estéticos;
- 3) Despesas de acompanhante não previstas neste edital;
- 4) Prótese e órtese, não previstas no edital;
- 5) Aparelhos que não sejam complemento cirúrgico;
- 6) Check-up;
- 7) Reabilitação física não prevista neste edital;
- 8) Internações em clínicas de repouso e SPAS;
- 9) Cirurgias para mudanças de sexo.

6. Início dos serviços

6.1. Os beneficiários poderão utilizar os serviços contratados, a partir da zero hora do dia seguinte ao da assinatura do contrato, a fim de que não se verifique descontinuação dos serviços médicos.

7. Da carência do plano

7.1. Não haverá carência para a prestação dos serviços, aos empregados/titulares e seus dependentes e agregados, que venham a aderir ao contrato no prazo de 30 dias contados a partir da sua assinatura, bem como para os empregados que ingressarem no quadro de empregados do CONTRATANTE e que manifestarem opção pelo Plano de Saúde no prazo de 30 dias de sua admissão. Não haverá carência, também, para os dependentes oriundos do casamento, união estável ou nascimento, incluídos no plano no prazo de até 30 dias do início de sua condição de dependente.

7.2. Os empregados que possuem plano de saúde particular vigente poderão aderir ao plano contratado pela Procempa sem carências, respeitadas as condições estabelecidas nas cláusulas 4.1 e 4.2 supra.

7.3. Os beneficiários que vierem a ser incluídos após os prazos previstos ficarão sujeitos aos seguintes prazos de carência:

- a) 30 dias para consultas e exames;
- b) 180 dias para cirurgias e internações;
- c) 300 dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações.

7.4. Caberá também carência, que será de 6 (seis) meses, quando empregados/titulares cadastrados no plano semiprivativo solicitarem transferência para o plano privativo, devendo o empregado/titular e seus dependentes permanecer no mínimo 1 (um) ano neste plano privativo.

8. Disposições gerais sobre a assistência

8.1. As consultas serão agendadas diretamente com o médico especialista em consultórios particulares, hospitais e clínicas credenciados/referenciados, salvo situações excepcionais previstas pela operadora do Plano de Saúde.

8.2. Os exames e procedimentos cirúrgicos serão agendados e/ou autorizados entre clínica, consultório e/ou Hospital e a empresa contratada, salvo situações excepcionais previstas pela operadora de Plano de Saúde.

8.3. No caso de pequenas cirurgias, será permitido que estas sejam realizadas em consultórios médicos associados ou em ambulatórios, próprios ou credenciados da empresa contratada, ou cujos serviços sejam devidamente locados pela empresa a ser contratada.

8.4. A contratada deverá dar condições de atendimentos de urgência aos beneficiários, a qualquer hora (24 horas por dia, 7 dias por semana), através de prontos-atendimentos contratados por ela.

8.5. Em caso de internação emergencial, quando não houver vaga em quarto semiprivativo (vide item 1.5.4 deste anexo), a contratada deverá garantir a hospitalização em quarto privativo, sem ônus adicional para a contratante e/ou o beneficiário, ainda que o beneficiário tenha optado pelo plano semiprivativo.

8.6. A contratada deverá, obrigatoriamente, manter atualizada a sua relação de médicos e demais profissionais credenciados, bem como os locais e serviços de atendimento próprios ou contratados acessíveis através da Internet.

8.7. Ficará a critério dos beneficiários a escolha dos profissionais e dos locais de atendimento (hospitais, pronto-atendimento, etc.) dentre aqueles apresentados pela contratada como credenciados.

8.8. Será devida a cobrança de coparticipação aos titulares do plano de saúde apenas nas consultas médicas **eletivas e de urgência/emergência**, próprias e de seus dependentes e agregados.

8.8.1. O valor da coparticipação para cada consulta médica é limitado a R\$ 25,00 (vinte e cinco reais).

8.8.2. A contratada informará, junto com a fatura mensal, o número de consultas por grupo familiar (titulares e seus dependentes) em formato eletrônico, a ser definido oportunamente, de forma que possa ser importado para o sistema da folha de pagamento da contratante.

8.9. Compromete-se a contratada a emitir relatórios gerenciais mensais (sinistralidade) com demonstrativo de faturamento e acompanhamento mensal por procedimentos.

9. Prazo de vigência da contratação

9.1. A presente contratação deverá iniciar-se à zero hora do dia seguinte ao da assinatura do contrato.

9.2. O contrato terá validade de 36 (trinta e seis) meses, podendo ser renovado por um total de no máximo 60 (sessenta) meses, se de comum acordo entre as partes.

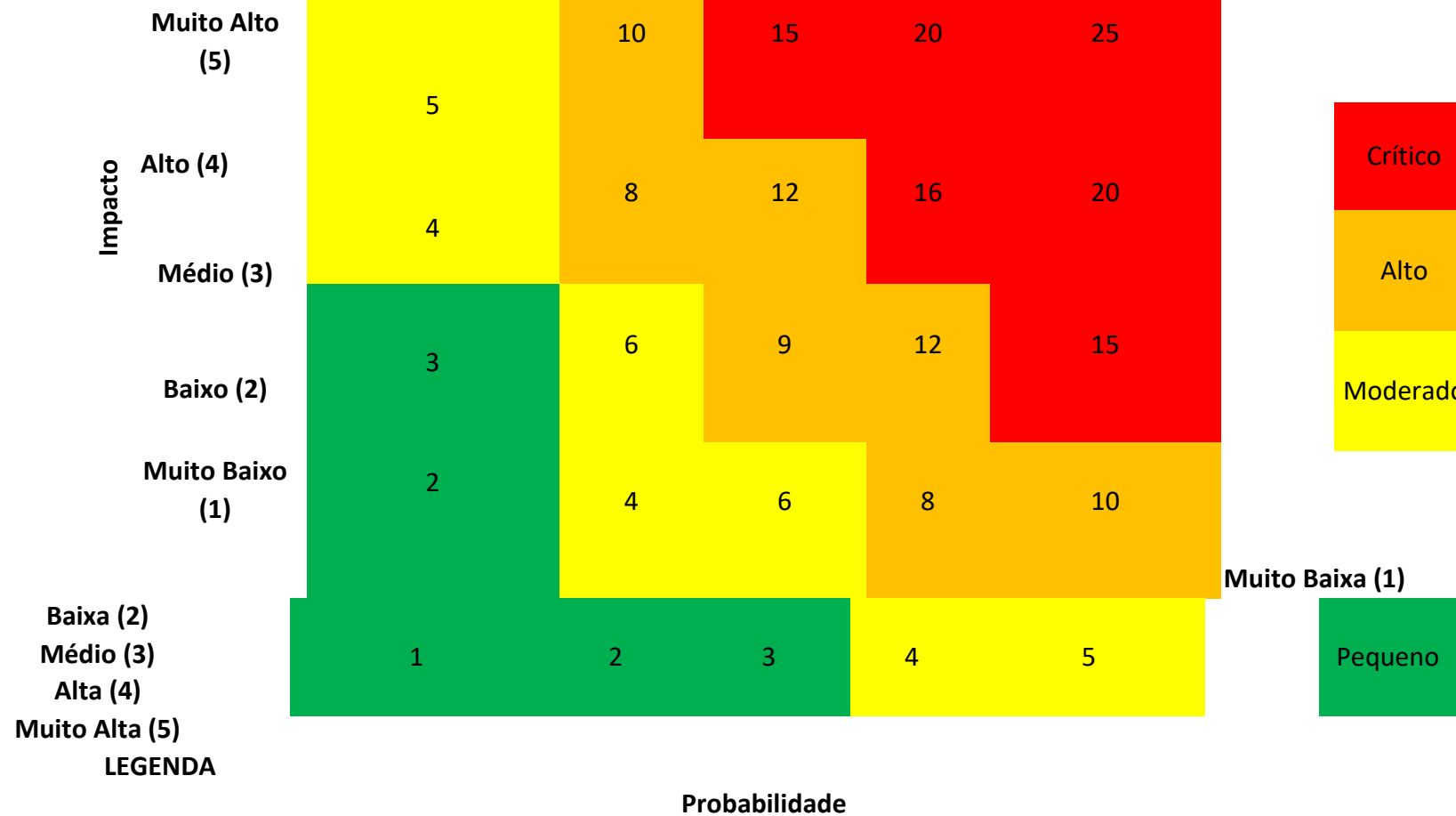
Matriz de Riscos

Fonte	Tipo	Causa	Risco (Evento Indesejado Crítico)	Consequências	Categoria de Risco	Probabilidade de Risco Residual	Impacto de Risco Residual	Nível de Risco Residual	Resposta ao Risco	Atribuição do Risco
Contratante	Pessoal	Aumento da demanda por serviços de tratamento para casos de patologias crônicas	Aumento dos gastos da contratada	Pedido de reequilíbrio econômico-financeiro do contrato com possibilidade de não aceitação da prorrogação do contrato pela contratada	Risco Econômico	2	3	6	Compartilhar	Compartilhado
Prestador de Serviços	Econômico	Econômicas, financeiras, de negócios, etc.	Descrédenciamento de hospitais e/ou profissionais	Indisponibilidade do hospital e/ou especialidades médicas para os participantes do plano Procempa	Risco Econômico	2	3	6	Transferir	Contratada
Contratada	Infraestrutura	Alteração da política da contratada	Descrédenciamento de hospitais sem a devida substituição de leitos e/ou profissionais	Indisponibilidade dos hospitais e/ou especialidades médicas para os participantes do plano da Procempa	Risco Técnico	2	3	6	Transferir	Contratada

Ambiental	Tecnológico	Novas tecnologias, permitindo tratamentos mais efetivos	Aumento dos gastos da contratada	Pedido de reequilíbrio econômico-financeiro do contrato com possibilidade de não aceitação da prorrogação	Risco Legal	2	3	6	Compartilhar	Compartilhado
				do contrato pela contratada						
Ambiental	Legal	Novas regulamentações	Obrigatoriedade de disponibilização de novos tipos de atendimento e exames na lista da ANS, gerando aumento dos gastos da contratada	Pedido de reequilíbrio econômico-financeiro do contrato com possibilidade de não aceitação da prorrogação do contrato pela contratada	Risco Legal	2	3	6	Compartilhar	Compartilhado
Prestador de Serviços	Processos	Política de negócios, etc.	Alterações de política de atendimento da rede credenciada (horários, pré-requisitos, etc.)	Indisponibilidade de acesso à benefícios do plano em momento específico	Risco Técnico	2	3	6	Transferir	Contratada
Contratante	Processos	Descompasso no fluxo de caixa	Atraso no pagamento	Cessam os serviços contratados	Risco Financeiro	2	3	6	Reduzir	Contratante
Ambiental	Legal	Não cumprimento de regras e regulamentações	Suspensão de atuação no mercado	Indisponibilidade dos serviços para os participantes do plano da Procempa	Risco Legal	1	5	5	Transferir	Contratada
Contratada	Tecnologia	Falha técnica	Inoperância do sistema da contratada	Impossibilidade de agendamento de consultas	Risco Técnico	1	5	5	Transferir	Contratada
Ambiental	Político	Alteração em política tributária	Aumento dos impostos sobre os serviços	Pedido de reequilíbrio econômico-financeiro do contrato	Risco Financeiro	2	2	4	Transferir	Contratada

Contratada	Processos	Descompasso no fluxo de caixa	Contratada atrasa e/ou não repassa os valores para os médicos conveniados	Indisponibilidade de médico para os participantes do plano da Procempa	Risco Legal	1	4	4	Transferir	Contratada
Contratada	Processos	Descompasso no fluxo de caixa	Contratada atrasa e/ou não repassa os valores para os hospitais conveniados	Indisponibilidade dos hospitais para os participantes do plano da Procempa	Risco Legal	1	4	4	Transferir	Contratada
Contratada	Econômico	Crise econômica	Falência da contratada	Cessam os serviços contratados	Risco Econômico	1	3	3	Transferir	Contratada

CLASSIFICAÇÃO DE NÍVEL DE RISCO



Escala de Probabilidade

Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixa	Evento extraordinário, sem histórico de ocorrência	1
Baixa	Evento casual e inesperado , sem histórico de ocorrência	2
Média	Evento esperado , de frequência reduzida, e com histórico de ocorrência parcialmente conhecido	3
Alta	Evento usual , com histórico de ocorrência amplamente conhecido	4
Muito Alta	Evento repetitivo e constante	5

Escala de Impacto Qualitativa

Descritor	Descrição	Nível
Muito Baixo	Impacto insignificante nos objetivos	1
Baixo	Impacto mínimo nos objetivos	2
Médio	Impacto mediano nos objetivos, com possibilidade de recuperação	3
Alto	Impacto significante nos objetivos, com possibilidade remota de recuperação	4
Muito Alto	Impacto máximo nos objetivos, sem possibilidades de recuperação	5