



**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

Senhor Licitante,

Para registro no Processo Administrativo desta Licitação, solicito a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada de edital abaixo, remetendo-o à DCOM/MI, por meio do fax (61) 2034-5385 ou por meio do e-mail licitacao@integracao.gov.br.

Informo que a comunicação de eventuais retificações no instrumento convocatório, bem como informações adicionais sobre o presente credenciamento, serão divulgadas no site www.mi.gov.br/processo_licitatorio.

Brasília – DF, 05 de outubro de 2015.

**Geraldo Antônio de Oliveira
Presidente da Comissão
Portaria nº 279, de 07 de agosto de 2015.**

**RECIBO DE RETIRADA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2015
PROCESSO Nº 59000.000546/2015-06**

Razão Social:	
CNPJ/MF:	
Endereço:	
Cidade:	Estado:
Telefone:	
Fax:	
E-mail para contato:	
Nome do Representante para contato:	

Assinale com “X”, na quadrícula abaixo, a forma pela qual recebeu cópia do instrumento convocatório acima identificado.

www.mi.gov.br/processo_licitatorio

Ministério da Integração Nacional, localizado na SGAN 906, Módulo “F”, Bloco “A” Edifício Celso Furtado – Térreo – Sala P22 – CEP 70.790-060 - Brasília/DF.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO 01-2015

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL - MI, e de sua Comissão Especial, constituída pela Portaria nº 279, de 07 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União do dia 11 subsequente, torna público que fará realizar credenciamento de operadoras administradoras de benefícios para a celebração de TERMO DE ACORDO GRATUITO, com o objetivo de disponibilizar o oferecimento de planos de assistência à saúde suplementar, de no mínimo 3 (três) operadoras registradas na ANS, para os servidores ativos e inativos e seus dependentes ou agregados e aos pensionistas de seu quadro de pessoal com fundamento no art. 116 da Lei 8666/93, nas resoluções do objeto abaixo especificadas, conforme condições e especificações estabelecidas neste Edital e seus Anexos, em conformidade com o que consta do Processo n.º 59000.000546/2015-06, cuja abertura dos envelopes será na data, horário e local a seguir indicados:

DATA: 20 de outubro de 2015, às 09h00 (nove horas) – Credenciamento dos participantes/representantes presentes e recebimento dos envelopes contendo documentação.

DATA: 20 de outubro de 2015, às 09h15 (nove horas e quinze minutos) - Início da sessão, a começar pela abertura dos envelopes contendo a documentação. Após, dar-se-á início à avaliação da documentação.

LOCAL: SGAN 906, Módulo F, Bloco A, Ed. Celso Furtado – Auditório - Térreo - MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, Brasília/DF.

UNIDADE INTERESSADA: Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas – CGGP

OBSERVAÇÕES:

A entrega dos envelopes poderá ocorrer a partir da data de publicação do edital até a data e horário da abertura dos envelopes.

O interessado no Credenciamento poderá encaminhar a documentação por intermédio de SEDEX, serviço similar ou correspondência registrada, assumindo a proponente os riscos por eventuais atrasos no transporte e entrega da documentação no protocolo deste Ministério, a qual deverá chegar até o último dia e horário do prazo de entrega.

Não havendo expediente na data e hora marcada, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.

Todas as referências de tempo neste Edital, observarão obrigatoriamente o horário oficial de Brasília – DF.

1. DO OBJETO

1.1. Credenciar pessoa(s) jurídica(s) Administradora(s) de Benefícios, devidamente autorizada(s) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Administradora na prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos, seus dependentes ou

agregados, e aos pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, por meio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros profissionais/instituições.

1.2 Os serviços descritos no item 1.1 deverão observar o disposto nos seguintes fundamentos legais:

- Art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990,
- Lei nº 9.656, de 1998,
- Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da SRH/MP,
- Resolução Normativa ANS nº 195 de 14/07/2009 e
- Resolução Normativa ANS nº 196 de 14/07/2009.

2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo Gratuito as Administradoras de Benefícios que:

2.1.1 Atendam as condições deste Edital e apresentem os documentos nele exigidos em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em cartório de notas e ofício competente ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, à vista dos originais;

2.2. Estejam regularmente cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF, nos termos da Instrução Normativa nº 05, de 21 de julho de 1995, do Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, e as pessoas jurídicas não cadastradas nos termos do Decreto nº 4.485, de 25 de novembro de 2002.

2.2.1 As administradoras não cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF e que tiverem interesse em participar deste Credenciamento, deverão apresentar todas as certidões e documentos por este Sistema substituídos dentro do prazo de validade.

2.3 Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a atuar como operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.

2.4 Não poderão participar os interessados que se encontrem:

2.4.1. Sob processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concordata ou insolvência, concurso de credores;

2.4.2. Em dissolução ou em liquidação;

2.4.3. Suspensas do direito de contratar com o MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL;

2.4.4. Impedidas de contratar com a União;

2.4.5. Declaradas inidôneas para contratar com a Administração Pública;

2.4.6. Reunidas em consórcio qualquer que seja sua forma de constituição;

2.4.7. Estrangeiras que não funcionem no País;

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1. Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência anexo a este Edital, observadas as orientações contidas na Portaria Normativa SRH/MP nº 05/2010, para que o servidor possa fazer jus ao auxílio, de caráter indenizatório, no valor per capita fixado pela SRH/MP.

3.1.1. Poderá a administradora de benefícios ofertar planos superiores ao mínimo previsto no item 1.1, devendo os servidores ativos ou inativos, seus dependentes ou agregados e pensionistas complementarem o custeio desses planos, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

4. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA HABILITAÇÃO NO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO

4.1. Para habilitação neste Credenciamento, a Administradora de Benefícios deverá apresentar a seguinte documentação:

4.1.1 Relativos à Habilitação Jurídica:

4.1.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual;

4.1.1.2. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, para as sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;

4.1.1.3. Os documentos mencionados no subitem anterior deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

4.1.1.4. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício; e

4.1.1.5. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

4.1.2 Relativos à Regularidade Fiscal:

4.1.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

4.1.2.2. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do credenciamento;

4.1.2.3. Prova de regularidade perante a Fazenda Federal: Certidão de Quitação de Tributos Federais, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e Certidão Negativa da Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria da Fazenda Nacional; perante as Fazendas Estadual e Municipal do domicílio ou sede da proponente, ou outra equivalente, na forma da lei;

4.1.2.4. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social: Certidão Negativa de Débito – CND, emitida pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS;

4.1.2.5. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão de Regularidade de Fornecedor – CRF, emitida pela Caixa Econômica Federal.

4.1.3. Relativos à Qualificação Econômico-Financeira:

4.1.3.1. Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

4.1.3.2. Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, devidamente assinados por contador ou profissional equivalente, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade – CRC, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

4.1.3.3. Serão inabilitadas as empresas que não comprovarem possuir boa situação financeira, bem como as que não cumprirem demais exigências estabelecidas para habilitação.

4.1.3.4. A boa situação financeira a que se refere o subitem 4.1.3.3, estará comprovada na hipótese de a licitante dispor de Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) superiores a 1 (um inteiro), calculados de acordo com a fórmula abaixo:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$
$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$
$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

4.1.4 Relativos à Qualificação Técnica:

4.1.4.1. Apresentar comprovação de Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, como Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.

4.1.4.2 Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que já prestou ou presta serviços de administração de planos de assistência à saúde por intermédio, no mínimo, de 3 (três) operadoras devidamente registradas na ANS;

4.1.4.3 Termo de Contrato, acordo ou ajuste de conduta, celebrado entre as 03 (três) operadoras de plano de saúde e a Administradora de Benefícios em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com Ministério da Integração Nacional.

4.1.4.4 Apresentar a cotação de preços dos planos estipulados junto as operadoras e que serão ofertados por faixa etária, conforme disposto na Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, os quais deverão atender os serviços e coberturas especificados no Termo de Referência, considerando a distribuição por faixa etária constante do Anexo II do Termo de Referência.

4.1.4.4.1 Os preços dos planos estipulados deverão ser cotados sem co-participação do titular do benefício no custeio da utilização dos serviços;

4.1.4.4.2 Os preços dos planos estipulados deverão incluir todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

4.1.4.4.3 O prazo de validade da Proposta deverá ser de 60 (sessenta) dias contados da data de sua apresentação.

4.1.4.5 Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, rede credenciada de atendimento em todo o território Nacional, para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital.

4.1.4.6 Comprovar, mediante a apresentação de declaração expedida por entidades públicas ou privadas, que demonstre que a operadora interessada no credenciamento possibilita o aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.

4.1.4.7 Apresentar plano de trabalho para a implementação dos serviços a serem prestados aos beneficiários;

4.1.4.8 Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação assinada por Sócio Dirigente proprietário ou procurador da Administradora de Benefícios devidamente identificada nos Termos do Modelo Constante no Anexo II.

4.1.4.9. Declaração relativa ao cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição da República, conforme modelo constante do Anexo III, de acordo com o Decreto n.º 4.358, de 5 de setembro de 2002.

5. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA HABILITAÇÃO

5.1. Os interessados em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no item 1.1 devem, obrigatoriamente, entregar os documentos, contendo toda a documentação comprobatória das condições de participação descritas no item 4.1 deste Edital.

5.2 Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope contendo as seguintes informações:

**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL - MI
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA
DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2015
RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE:
CNPJ/MF:**

5.3. A entrega da documentação completa exigida no item 4.1, poderá ser realizada de segunda a sexta-feira, no período das 08h às 18h, no endereço SGAN 906, Módulo F, Bloco A, Ed. Celso Furtado, Sala P22, Brasília – DF, em envelope opaco e lacrado, cuja abertura se dará em sessão pública na data, horário e local indicados no preâmbulo deste Edital.

5.3.1 O interessado no Credenciamento poderá encaminhar a documentação por intermédio de SEDEX, serviço similar ou correspondência registrada, assumindo a proponente os riscos por eventuais atrasos no transporte e entrega da documentação no protocolo deste Ministério, a qual deverá chegar até o último dia e horário do prazo de entrega.

5.4 Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original por publicação em órgão da Imprensa Oficial ou por qualquer processo de cópia devendo, neste último caso, serem autenticadas por tabelião ou apresentadas com os respectivos originais, para autenticação no ato da inscrição, pelas pessoas para este fim designadas.

5.5 Não serão aceitos “protocolos de entrega” ou “comprovantes de solicitação de documento” em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

5.6 A documentação deverá:

- a) estar em nome da Administradora de Benefícios;
- b) toda a documentação apresentada pela Administradora de Benefícios deverá referir-se a mesma razão social e a um mesmo CNPJ/MF.

5.7. As Administradoras que deixarem de apresentar quaisquer dos documentos exigidos para a habilitação no presente credenciamento, ou que os apresentarem em desacordo com o estabelecido neste Edital ou com irregularidades, serão inabilitadas, não se admitindo complementação posterior.

5.8 A Apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao Ministério da Integração Nacional, aceitação e submissão independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

5.9 As informações prestadas no ato da entrega, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da apresentação da documentação, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.

5.10 Não será aceita a entrega extemporânea ou condicional.

5.11 Uma vez realizada a entrega da documentação, não será admitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de qualquer documento.

6 - DA REPRESENTAÇÃO

6.1. A Administradora de Benefícios far-se-á representar:

a) por pessoa designada por instrumento público ou particular de procuração, com firma reconhecida, acompanhado de documentos que comprovem os poderes do outorgante;

b) por seu titular, diretor, sócio ou gerente, munido, conforme o caso, do ato constitutivo, estatuto ou contrato social e alterações, ou documento de eleição de seus administradores, devidamente registrados na Junta Comercial ou no Cartório de Pessoas Jurídicas, no qual deverá estar consignada ou substabelecida delegação de poderes para a representação pretendida.

6.2. O representante designado deverá identificar-se mediante a apresentação da Cédula de Identidade e munido dos documentos pertinentes, citados nas alíneas "a" e "b" deste item.

6.3. Não será admitido o mesmo representante para mais de uma Administradora de Benefícios;

6.4. A falta de representação não inabilitará a Administradora de Benefícios, mas impossibilitará, apenas, sua manifestação durante os trabalhos.

7. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO

7.1. Qualquer interessado poderá impugnar o presente Edital de Convocação por eventuais irregularidades, ficando para tanto estabelecido o prazo improrrogável até o dia 13/10/2015, quinto dia útil que antecede a abertura dos envelopes, para protocolar o pedido de impugnação, que terá o prazo de 3(três) dias úteis para resposta.

8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

8.1 A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e seus anexos.

8.2. Serão declarados inabilitados os interessados que:

8.2.1. Por qualquer motivo, tenham sido declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo Órgão que o expediu;

8.2.2. Deixarem de apresentar qualquer documentação de apresentação obrigatória exigida neste Edital e seus anexos.

8.3 Serão declarados habilitados para o Credenciamento todos os requerentes que atenderem as exigências deste Edital e seus anexos.

8.4 O resultado de julgamento será publicado no Diário Oficial da União.

9. DOS RECURSOS

9.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à

data da divulgação prevista no subitem 8.4, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto a Comissão Especial de Credenciamento, situada no SGAN 906, Módulo F, Bloco A, Ed. Celso Furtado, Sala P22, em Brasília – DF.

9.2. O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da abertura dos envelopes, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso;

9.2.1. O recurso será protocolado junto a Comissão Especial de Credenciamento, no endereço indicado no subitem 9.1, ficando estabelecido o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 05 (cinco) dias úteis para análise e decisão;

9.2.2. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

9.3. Não serão aceitos recursos por via postal, fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Edital.

9.4. Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios.

9.5. Não será admitido mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.

9.6. Decidido em todas as instâncias administrativas sobre os recursos interpostos, e havendo alteração do resultado de julgamento haverá publicação desta alteração no Diário Oficial da União.

9.7 O resultado final contendo as propostas declaradas habilitadas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pela Autoridade Competente do Ministério da Integração Nacional.

10. DO CREDENCIAMENTO DAS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

10.1. O credenciamento das operadoras administradoras de benefícios cujos nomes constem do Edital de Homologação será formalizado mediante a assinatura de Termo de Acordo sem ônus, Anexo IV do Presente Edital.

11 – DO TERMO DE ACORDO GRATUITO

11.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas, será firmado Termo de Acordo Gratuito – Anexo IV deste Edital, com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 (doze) meses a partir da data de sua assinatura podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante Termo Aditivo, por iguais e sucessos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

11.2 O Ministério da Integração Nacional convocará as administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar o Termo de Acordo Gratuito no prazo de 3 (três) dias úteis a contar do recebimento da notificação para comparecer a Administração sob pena de decadência do direito de credenciamento.

11.3 O prazo estabelecido no subitem anterior poderá ser prorrogado uma única vez por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o transcurso do prazo inicial e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Ministério da Integração Nacional.

10. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

10.1. O Ministério da Integração Nacional realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, devendo as ocorrências serem registradas em relatórios anexados ao processo do credenciado.

10.2. O Termo de Acordo inicial terá validade de 12 (doze) meses e poderá ser renovado, para os que bem cumprirem as obrigações firmadas e se interessarem em manter o atendimento e os serviços ajustados, em conformidade com as determinações legais e administrativas em vigor.

10.3. A renovação do credenciamento ficará condicionada à avaliação técnica da prestação dos serviços contratados, realizada pela Coordenação de Cadastro, pagamentos e Benefícios da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

11. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

11.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

11.1.1. Advertência por escrito;

11.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s) do Plano de Saúde, porventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

11.1.3. Multa compensatória no valor de 10% (cinco por cento), calculado sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, após 15 (quinze) dias úteis, cumulativamente com a multa de mora até o limite de 30 (trinta) dias úteis;

11.1.3.1 Ultrapassados os 30 (trinta) dias úteis de inadimplência, considerar-se-á total a inexecução do Termo de Acordo, motivo que ensejará sua rescisão;

11.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior um ano;

11.1.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade;

11.1.6. As sanções previstas nos subitens 11.1.1 e 11.1.2 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 11.1.4. e 11.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência; e

11.1.7. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência Básico, no Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Ministério da Integração Nacional, devidamente apuradas em processo administrativo.

12. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

12.1. O presente Edital de Convocação Pública poderá ser revogado por razões de interesse público e da Administração do MI, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar sua revogação.

13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Convocação Pública, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação a este processo de credenciamento.

13.2. Não haverá qualquer ônus ou responsabilidade financeira para o MI decorrente dos serviços prestados aos Beneficiários decorrentes do processo de credenciamento.

13.3. A inobservância, em qualquer fase do processo de credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão do processo.

13.4. A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

13.5. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados disponíveis na sede administrativa do MI ou divulgadas no Diário Oficial da União.

13.6. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Especial designada para credenciamento de Administradoras de Benefícios do MI.

13.7. Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os Anexos:

I – Termo de Referência Básico de Plano de Assistência a Saúde, com seus respectivos anexos: (planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes, pensionistas e agregados por unidade da federação – Anexo I do Termo de Referência; planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes, pensionistas e agregados por faixa etária – Anexo II do termo de Referência; e planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes e pensionistas por faixa etária e por faixa de remuneração – Anexo III do Termo de Referência).

II – Declaração de fatos impeditivos

III – Declaração de que não emprega menores

IV - Minuta de Termo de Acordo Gratuito

14. DO FORO

14.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro.

Brasília, 05 de outubro de 2015.

Geraldo Antônio de Oliveira
Presidente da Comissão Especial



**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
SECRETARIA-EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA BÁSICO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

I - DO OBJETO E DO FUNDAMENTO LEGAL

1.1 – DO OBJETO

1.2. O presente instrumento tem por objeto credenciar pessoa jurídica Administradora de Benefícios, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Administradora na prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada aos servidores ativos, inativos, seus dependentes ou agregados, e aos pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, por meio de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

1.2 – DO FUNDAMENTO LEGAL

- 1.2.1. Art. 230, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;
- 1.2.2. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998;
- 1.2.3. Decreto n.º 4.978, de 3 de fevereiro de 2004;
- 1.2.4. Portaria Normativa/SRH/MP n.º 5, de 11 de outubro de 2010;
- 1.2.5. Resolução Normativa/ANS nº 195, de 14/07/2009; e
- 1.2.6. Resolução Normativa/ANS nº 196, de 14/07/2009

II - DA CONCEITUAÇÃO

2.1. Para fins deste Termo de Referência Básico, considera-se:

2.1.1. ABRANGÊNCIA DA REDE – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Serviços de Assistência à Saúde deverão oferecer rede credenciada, na forma disciplinada neste Termo de Referência Básico.

2.1.2. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Operadora, na modalidade de Administradora, com a qual o Ministério da Integração Nacional celebrará Termo de Acordo para a prestação de serviços de Assistência Médico-Hospitalar, que ofertará, no mínimo, 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde.

2.1.3. 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 item 3.3.1 deste Termo de Referência Básico.

2.1.4. AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO – Auxílio custeado pela União, previsto no artigo 26 da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor ou pela Administradora de Serviços de Assistência à Saúde, de comprovante de pagamento do Plano de Assistência à Saúde.

2.1.5. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores ativos e inativos, na forma regulamentada neste Termo de Referência.

2.1.6. BENEFICIÁRIO TITULAR – Os servidores ativos do Quadro de Pessoal ou da Tabela de Pessoal Permanente do Ministério da Integração Nacional, os inativos e os pensionistas pagos pelo Ministério da Integração Nacional.

2.1.7. MENSALIDADE DE O BENEFICIÁRIO TITULAR - O valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento, débito em conta corrente ou pagamento mediante boleto bancário, indicado no ato da adesão do beneficiário, referente ao pagamento pela vinculação ao Plano de Assistência à Saúde.

2.1.8. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

2.1.9. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de ex-servidor na forma regulamentada neste Termo de Referência Básico.

2.1.10. PLANO DE REFERÊNCIA BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria.

2.1.11. PLANO ESPECIAL – Compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.

2.1.12. PLANO ESPECIAL PLUS – Compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido de rede diferenciada, compreendendo hospitais de alto custo.

2.1.13. REDE CREDENCIADA - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde pelas operadoras de assistência à saúde, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

2.1.14. REMOÇÃO - Deslocamento de beneficiário para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência Básico.

2.1.15. USUÁRIOS - Os inscritos no Programa de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.

2.1.16. UTI MÓVEL – Compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Termo de Referência Básico.

2.1.17. TIPO DE PLANO – A Administradora de Serviços de Assistência à Saúde deverá oferecer plano de saúde que não tenha co-participação do titular do benefício na despesa pela utilização dos serviços.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Na qualidade de servidor, os ocupantes de cargo efetivo do Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Integração Nacional - MI, de cargo comissionado ou de natureza especial sem vínculo efetivo ou cedido ao MI, os inativos, bem como de emprego público da Tabela de Pessoal Permanente do Ministério da Integração Nacional.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

3.2.1. Cônjuge ou companheiro (a) de união estável;

3.2.2. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos aos 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. Pensionistas de servidores do Quadro de Pessoal Permanente do MI;

3.2.8. A existência dos dependentes constantes dos itens 3.2.1. e 3.2.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3;

3.2.9. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

3.3. A Administradora de Benefícios deverá admitir a adesão de agregados no 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 o titular do benefício assumira integralmente o respectivo custeio.

3.3.1. São considerados como beneficiários na modalidade de agregados, os parentes descritos na tabela abaixo, de acordo com o Anexo I do Decreto 6.906, de 21 de julho de 2009.

PARENTE EM LINHA RETA

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	Pai/mãe; e filho/filha do beneficiário titular	Sogro/sogra; genro/nora; padastro/madastra; enteado/enteada de o beneficiário titular
2º	Avô/avô; neto/neta de o beneficiário titular	Avô/avô; neto/neta do cônjuge ou companheiro do beneficiário titular
3º	Bisavô/bisavó; bisneto/bisneta de o beneficiário titular	-

PARENTE EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	-	-
2º	Irmão/irmã de o beneficiário titular	Cunhado/cunhada de o beneficiário titular
3º	Tio; sobrinho/sobrinha de o beneficiário titular	-

3.4. Somente o servidor ativo e o inativo poderão inscrever beneficiários na condição de dependentes para fins do Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo de Referência Básico.

IV - DO AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO

4.1. Auxílio custeado pela União, previsto no artigo 26 da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP.

4.2. O Auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor ou pela Administradora de Benefícios, de comprovante de pagamento do Plano de Assistência à Saúde.

4.3. O Auxílio será indenizado ao titular do plano de saúde de acordo com os valores fixados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP.

V - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. A inclusão dos servidores ativos, inativos, dos seus dependentes e dos agregados, e dos pensionistas no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa junto à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI.

5.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em Plano de Assistência à Saúde de que trata este Termo de Referência Básico.

5.3. Os servidores ativos e os inativos disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços pactuados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

5.4. Os servidores ativos que ingressarem nos Quadros de Pessoal do Ministério da Integração Nacional após a vigência do Termo de Acordo disporão do prazo de até 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

5.5. Os beneficiários agregados que não aderirem nos prazos estipulados nos itens 5.3 ou 5.4, cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2, reiterando que o titular do Plano de Assistência à Saúde é o responsável pela inclusão do agregado.

5.6. Os pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data da celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

5.7. Os dependentes que adquirirem a condição de pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, dispondo de até 30 (trinta) dias para manifestarem a opção, contados da data da concessão da pensão. Após esse prazo cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

5.8. Os servidores ativos, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes e agregados.

5.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos ou inativos no Plano de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.2.

5.10. Fica sujeito à carência prevista no subitem 7.2. a reinclusão de beneficiários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo titular, ou por perda da condição de dependente.

5.11. Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um Plano de Assistência à Saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

5.12. É garantida a manutenção no Plano de Assistência à Saúde dos servidores, exonerados, após a perda do vínculo com o Ministério da Integração Nacional, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.13. A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

5.14. A solicitação de exclusão de beneficiário do Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de cessação da responsabilidade do titular pelo ônus de manutenção dos serviços.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

5.15. Caberá à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à Administradora de Benefícios.

VI - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

6.1. Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna – CGGP/DGI, para devolução à Administradora de Serviços de Assistência à Saúde.

6.1.1. A exclusão do servidor ativo ou do inativo implicará na exclusão de todos os seus dependentes, inclusive do agregado.

6.1.2. As exclusões do plano de assistência à saúde ocorrerão nas seguintes situações:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração/vacância ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - redistribuição do titular do benefício para outro órgão;
- IV - licença sem remuneração;
- V - decisão administrativa ou judicial;
- VI - voluntariamente, por opção do servidor ou do pensionista;
- VII - falecimento; e
- VIII - outras situações previstas em lei.

6.1.3. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003.

6.1.4. Ressalvadas as situações previstas no item 6.1.2, a exclusão do servidor ativo, inativo ou do pensionista dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

VII - DA CARÊNCIA

7.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde:

7.1.1. Dos beneficiários inscritos na forma regulamentada nos subitens 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 e 5.7 do item V, desde que cumprido os prazos citados naqueles subitens;

7.1.2. Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à Administradora de Benefícios;

7.1.3. De consultas médicas; e

7.1.4. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

7.2. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item V, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

I - exames clínicos e patológicos – 15 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;

II - demais exames e tratamentos - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde;

III - internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde; e

IV - partos - 300 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde.

VIII - DA PORTABILIDADE

8.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar que anualmente, na mesma data de celebração do Termo de Acordo, os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou troca de planos, dentre aqueles vinculados à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o Ministério da Integração Nacional, desde que atendam, conjuntamente, aos seguintes requisitos:

I - não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

II - que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida; e

III - que inexista situação de gravidez.

8.2. Os servidores que por motivo de remoção, alterarem a unidade organizacional de exercício, com mudança de município, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício na nova unidade organizacional, para optarem pela troca de operadora, entre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após esse prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.2.

IX – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

9.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

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

9.2.2. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar; e

9.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

9.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

9.3.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

9.3.3. Diária de internação hospitalar;

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

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

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

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

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

9.3.9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

9.3.10. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

9.3.11. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

9.3.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;

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

9.3.14. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

I - despesas assistenciais com doadores vivos;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

e

IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

9.3.15. 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 à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

9.3.16. 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.

9.4. 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.

X - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

10.2. São excluídos da cobertura do Plano de Assistência à Saúde os eventos e despesas decorrentes de:

10.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

10.2.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

10.2.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

10.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

10.2.5. Inseminação artificial;

10.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

10.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

10.2.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

10.2.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

10.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

10.2.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;

10.2.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

10.2.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

10.2.14. Aplicação de vacinas preventivas;

10.2.15. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

10.2.16. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

10.2.17. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

10.2.18. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

10.2.19. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e

10.2.20. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

XI - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

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

11.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

11.3.1 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; e

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

XII – DO REEMBOLSO

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

12.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

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

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

12.2. 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 abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

12.2.1. 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;

12.2.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

12.4. 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.

XIII – DA REMOÇÃO

13.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

13.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação, devido à 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:

13.2.1. 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;

13.2.2. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios 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; e

13.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIV – DAS ACOMODAÇÕES

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

14.1.1. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria;

14.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho; e

14.1.3. PLANO ESPECIAL PLUS – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

14.2. 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.

14.3. A Administradora de Benefícios deverá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 14.1.1 deste Termo de Referência Básico.

XV – DA UTI MÓVEL (Pronto Socorro Móvel)

15.1. Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

15.2. São considerados quadros clínicos de emergência:

- I - cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;
- II - respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;
- III - neurológicos - síncope, convulsão, coma;
- IV - comas metabólicos;
- V - politraumatismos graves;
- VI - afogamentos;
- VII - choques elétricos;
- VIII - intoxicações graves;
- IX - anafilaxia; e
- X - toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

15.3. A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções, durante as 24 horas, em todos os dias.

XVI – REDE CREDENCIADA

16.1. A Administradora de Benefícios, dependendo da disponibilidade de espaço físico das unidades organizacionais do Ministério da Integração Nacional, sediadas em Brasília/DF, durante a vigência do Termo de Acordo, visando facilitar a coleta das propostas de adesão, poderá manter um posto de apoio para atendimento aos servidores ativos, inativos ou pensionistas.

16.2. As operadoras de plano de saúde contratadas pela à Administradora de Benefícios deverão disponibilizar Rede Credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, referenciada no item 2.1.13.

16.3. Além do disposto no item 16.2 a Administradora de Benefícios deverá oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em Brasília/DF, Recife/PE e Belém/PA, Rio de Janeiro/RJ, e Porto Alegre/RS.

16.4. A rede credenciada deverá ser mantida durante a vigência do Termo de Acordo em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

XVII – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E DAS OPERADORAS

17.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

17.1.1. Apresentar aos beneficiários, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;

17.1.2. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à alteração da rede credenciada;

17.1.3. Realizar a divulgação e a comercialização dos Planos de Assistência Médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários;

17.1.4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;

17.1.5. Exigir dos beneficiários documentos que comprovem seu vínculo junto ao Ministério da Integração Nacional, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;

17.1.6. Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo;

17.1.7. Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos beneficiários;

17.1.8. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

17.1.9. Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

17.1.10. Visando a prestação de contas prevista da alínea “I”, a Administradora de Benefícios deverá apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;

17.1.11. Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;

17.1.12. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

17.1.13. Executar, quando solicitado pelo Ministério da Integração Nacional, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o Ministério da Integração Nacional;

17.1.14. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;

17.1.15. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

17.1.16. Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;

17.1.17. Proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no órgão de classe da categoria, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;

17.1.18. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico; e

17.1.19. Emitir, semestralmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

- I - perfil biométrico e epidemiológico da carteira;
- II - perfil etário;
- III - despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;
- IV - percentual de sinistralidade da carteira;
- V - indicadores sobre a utilização constando:

- a) consultas por beneficiário por ano;
- b) valor médio da consulta; e
- c) percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).

17.1.20. Diagnose, compreendendo:

- I - exames por beneficiários por ano;
- II - exames por consulta por ano;
- III - valor médio dos exames de baixo e de alto custo;
- IV - percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.

17.1.21. Terapias, compreendendo:

- I - valor médio;

- II - percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total; e
- III - percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);

17.1.22. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- I - tempo médio de dias de internação;
- II - percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- III - valor médio da Internação; e
- IV - percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

17.1.23. Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- I - tempo médio de dias de internação;
- II - percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- III - valor médio da Internação; e
- IV - percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

17.2. São obrigações das Operadoras:

17.2.1. Caberá às operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, e inclusive:

17.2.1.1. Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

17.2.1. 2. Pagar o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que, posteriormente, serão devolvidos em caso de reembolso parcial;

17.2.1.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

- I - nota Fiscal discriminando as despesas, detalhando inclusive os tipos de materiais, de medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, emitida pelo prestador de serviços ou pelo fornecedor de órteses, próteses e materiais especiais;
- II - recibos de pagamento 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.

17.2.1.5. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços contratados;

17.2.1.6. Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;

17.2.1.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

17.2.1.8. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos 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 beneficiários, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

17.2.1.9. Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;

17.2.1.10. Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços utilizados pelos beneficiários;

17.2.1.11. Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações; e

17.2.1.12. Disponibilizar o sistema de atendimento “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

17.3. São obrigações do Ministério da Integração Nacional:

17.3.1. Colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;

17.3.2. Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;

17.3.3. Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do Ministério da Integração Nacional sediadas em Brasília/DF, nas Representações nos Estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, e nas Gerencias Regionais de Recife-PE e de Belém-PA, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

17.3.4. Acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Acordo, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento; e

17.3.5. Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores ativos, inativos e pensionistas, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

XVIII - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

18.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério da Integração Nacional, a serem repassados diretamente à Administradora de Benefícios, considerando que o pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor ativo, inativo e do pensionista titular do benefício.

XIX - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

19.1. Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

19.1.1. Advertência por escrito;

19.1.2. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s) do plano de saúde, porventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;

19.1.3. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do plano de saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios, no caso de inexecução total dos serviços;

19.1.4. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior a um ano;

19.1.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante à autoridade que aplicou a penalidade;

19.1.6. As sanções previstas nos subitens 19.1.1 e 19.1.2 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 19.1.4. e 19.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência; e

19.1.7. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência Básico, no Edital, no Termo de Acordo, na Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Ministério da Integração Nacional, devidamente apuradas em processo administrativo.

XX - DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO GRATUITO

20.1 – São condições para rescisão do Termo de Acordo Gratuito:

20.1.1. A desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência de 90 (noventa) dias, ou ainda, sobrevindo caso fortuito de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições;

20.1.1.1. Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

20.2. A reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência Básico, no Edital, no Termo de Acordo Gratuito, na Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP; e

20.3. A ocorrência de qualquer das hipóteses previstas nos artigos 77 a 80 da Lei nº 8.666/1993, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Ministério da Integração Nacional, devidamente apuradas em processo administrativo.

XXI – DO CHAMAMENTO DO CREDENCIADO HABILITADO PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

21.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

XXII - DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. As exclusões de beneficiários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas pelo titular do benefício à Administradora de Benefícios e à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas - CGGP, observado o cronograma constante do item V deste Termo de Referência Básico.

22.2. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

22.3. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuarem o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

22.4. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

22.5. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou termo de acordo, devendo dar ampla publicidade desses mecanismos a seus beneficiários.

22.6. Nos casos em que as operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

22.7. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

22.8. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios durante período de internação de beneficiário, será 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.

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

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

22.11. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

22.12. Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI, em conjunto com a Administradora de Serviços de Assistência à Saúde.

XXIII - ANEXOS

23.1. Integram o Termo de Referência Básico os seguintes anexos:

I - planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes, pensionistas e agregados por unidade da federação – **Anexo I** ao Termo de Referência;

II - planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes, pensionistas e agregados por faixa etária – **Anexo II** ao Termo de Referência; e

III - planilha demonstrando o quantitativo de servidores ativos, inativos seus dependentes e pensionistas por faixa etária e por faixa de remuneração – **Anexo III** ao Termo de Referência.

Confere com o original acostado ao processo nº 59000.000546/2015-06.



**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
SECRETARIA-EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

ANEXO I DO TERMO DE REFERÊNCIA

SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS SEUS DEPENDENTES, PENSIONISTAS E AGREGADOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO - MAIO-2015

BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E UNIDADE DA FEDERAÇÃO				
UF	TITULAR	DEPENDENTE	AGREGADOS	TOTAL
DF	755	512	33	1300
PA	76	85	0	161
PE	22	15	3	40
RJ	4	6	0	10
RS	7	2	0	9
TOTAL GERAL	864	620	36	1520

ANEXO II DO TERMO DE REFERÊNCIA

SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS SEUS DEPENDENTES, PENSIONISTAS E AGREGADOS POR FAIXA ETÁRIA - MAIO-2015

BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA				
FAIXA ETÁRIA	TITULAR	DEPENDENTE	AGREGADOS	TOTAL
0 A 18 Anos	0	286	0	286
De 18 a 23 Anos	14	68	0	82
De 24 a 28 Anos	99	18	4	121
De 29 a 33 Anos	189	33	4	226
De 34 a 38 Anos	141	44	4	189
De 39 a 43 Anos	75	33	0	108
De 44 a 48 Anos	67	17	4	88
De 49 a 53 Anos	88	24	5	117
De 54 a 58 Anos	81	35	6	122
59 Anos ou mais	110	62	9	181
TOTAL GERAL	864	620	36	1520

ANEXO III – do TERMO DE REFERÊNCIA

SERVIDORES ATIVOS, INATIVOS SEUS DEPENDENTES, E PENSIONISTAS POR FAIXA ETÁRIA E FAIXA DE RENDA

SERVIDOR ATIVO, INATIVO, DEPENDENTE E PENSIONISTA POR FAIXA ETÁRIA E FAIXA DE RENDA											
FAIXA REMUNERATÓRIA - R\$	0 - 18	18 - 23	24 - 28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 ou +	Total
0000 A 1.499	44	6	12	36	22	12	13	15	15	16	191
De 1.500 a 1.999	6	1	1	7	3	4	1	3	6	3	35
De 2.000 a 2.499	4	1	3	2	3	3	1	2	1	1	21
De 2.500 a 2.999	19	8	7	8	11	10	5	8	4	9	89
De 3.000 a 3.999	28	19	15	16	13	10	14	30	22	26	193
De 4.000 a 5.499	41	16	19	37	35	19	15	21	20	36	259
De 5.500 a 7.499	61	15	44	71	59	26	17	13	26	17	349
7.500 ou mais	83	16	16	45	39	24	18	20	22	64	347
TOTAL GERAL	286	82	117	222	185	108	84	112	116	172	1484



**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

ANEXO II

MODELO DE DECLARAÇÃO

(Nome da empresa)....., CNPJ/MF
....., sediada.....(endereço completo)....., declara, sob as penas
da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de
credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Brasília, de de 2015.

(nome/assinatura e número da identidade do declarante)



**MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL
SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO INTERNA**

ANEXO III

**MODELO DE DECLARAÇÃO
(Lei nº 9.854/99).**

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr (a) _____, portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF n _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().

Brasília, de de 2015.

(representante legal)



MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL

ANEXO IV

TERMO DE ACORDO GRATUITO QUE ASSINAM O MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL E A (ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS)

O **MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL**, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco E, em Brasília - DF, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 03.353.358/0001-96, neste ato representado por seu Diretor do Departamento de Gestão Interna, **DJAIR FIORILLO LOPES**, portador da Cédula de Identidade n.º 7670841X – SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 149.747.111-72, nomeado pela Portaria n.º 886, de 25 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União do dia 26 de novembro de 2013, com competência para assinar Contratos, nos termos do Artigo 8º, Inciso III, da Portaria n.º 447, de 05 de julho de 2011, Publicada no Diário Oficial da União de 06 de julho de 2011, neste Termo de acordo denominado **MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL**.

(**ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**), com sede na xxxxxxxx, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º xxxxxxxxxxxxxxxx e com registro n.º xxxxxxxx na Agência Nacional de Saúde Suplementar, na modalidade de administradora, neste ato representado na forma de seu Contrato Social, por seu representante legal, Sr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx na qualidade de Presidente do Grupo, portador da Carteira de Identidade n.º xxxxxxxx – órgão expedidor e CPF, xxxxxxxxxxxxxxxx doravante denominado simplesmente xxxxxxxxxxxxxxxx celebram o presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO**, com fundamento no art. 116 da Lei n.º 8.666/93.

CONSIDERANDO o interesse do **MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL** em efetivar parcerias necessárias para a implementação das políticas de atenção à saúde dos servidores e de seus dependentes;

CONSIDERANDO que o serviço de saúde suplementar para os servidores ativos, inativos, e pensionistas pode ser prestado mediante auxílio de caráter indenizatório, quando não adotado pelo órgão ou entidade do SIPEC o contido no inciso II do artigo 2º da Portaria Normativa n.º 3, de 30 de julho de 2009;

CONSIDERANDO, que o xxxxxxxxxxxxxxxx está registrado na Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS, como Administradora de Benefícios e que está autorizada, nos termos da Resolução Normativa n.º 196/2009-ANS, a estipular planos privados coletivos assumindo o risco financeiro da operação; e

CONSIDERANDO, ainda, que a celebração de Convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres encontra fundamento no art. 116, da Lei n.º 8.666/93,

Resolvem assinar o presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** com as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** constitui o credenciamento de pessoa jurídica Administradora de Benefícios, devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como Administradora na prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, a ser prestada aos servidores ativos e inativos, seus dependentes ou agregados, e aos pensionistas, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares e ambulatoriais, por meio de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros profissionais/instituições, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pelo Decreto nº 4978, de 2004, pela Portaria Normativa nº 05, de 2010 da SRH/MP, Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, e pela Resolução Normativa ANS nº 196, de 14 de julho de 2009.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

O presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** vigorará a partir da data de sua assinatura, por um período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por períodos sucessivos atendendo ao limite máximo de 60 (sessenta) meses.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS E DAS OPERADORAS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – São obrigações da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

- a) apresentar aos Beneficiários, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;
- b) negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere à alteração da rede credenciada;
- c) realizar a divulgação e a comercialização dos Planos de Assistência Médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários;
- d) orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- e) exigir dos beneficiários documentos que comprovem seu vínculo junto ao Ministério da Integração Nacional, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- f) efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo;
- g) assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos beneficiários;
- h) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

i) efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

j) visando a prestação de contas da alínea “I”, a Administradora de Benefícios deverá apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde;

k) informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora;

l) elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

m) executar, quando solicitado pelo Ministério da Integração Nacional, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para o Ministério da Integração Nacional;

n) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;

o) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

p) comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;

q) proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRN, observando o que dispõe a RDC ANS nº 64/2001;

r) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico; e

s) emitir, mensalmente, relatórios gerenciais, com os seguintes dados:

I - Perfil biométrico e epidemiológico da carteira;

II - Perfil etário;

III - Despesa per capita por: faixa etária, plano e sexo;

IV - Percentual de sinistralidade da carteira;

V - Indicadores sobre a utilização constando:

a) consultas por beneficiário por ano;

b) valor médio da consulta;

c) percentual de frequência das 10 maiores especialidades em relação ao total de consultas (maiores incidências).

VI - Diagnose, compreendendo:

a) exames por beneficiários por ano;

b) exames por consulta por ano;

c) valor médio dos exames de baixo e de alto custo;

d) percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total.

VII - Terapias, compreendendo:

- a) valor médio;
- b) percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram terapias em relação ao total; e
- c) percentual de frequência das 10 maiores terapias em relação ao total (maiores incidências);

VIII - Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI:

- a) tempo médio de dias de internação;
- b) percentual de internados em relação ao total da população por ano;
- c) valor médio da Internação; e
- d) percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – São obrigações das OPERADORAS:

Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados, e inclusive:

a) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;

b) pagar o reembolso de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que, posteriormente, serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

c) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento; e

d) para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:

I - Nota Fiscal discriminando as despesas, detalhando inclusive os tipos de materiais, de medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, emitida pelo prestador de serviços ou pelo fornecedor de órteses, próteses e materiais especiais;

II - Recibos de pagamento 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 contratados;

- f) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência;
- g) fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) fornecer, gratuitamente, aos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos 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 beneficiários, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- i) manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços utilizados pelos beneficiários;
- k) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações; e
- l) disponibilizar o sistema de atendimento “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – São obrigações do MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL:

- a) colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências do Ministério da Integração Nacional sediadas em Brasília/DF, nas Representações nos Estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, e nas Gerencias Regionais de Recife-PE e de Belém-PA, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) acompanhar e fiscalizar a execução do Termo de Acordo, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento; e
- e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores ativos, inativos e pensionistas, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes.

CLÁUSULA QUARTA – DOS BENEFICIÁRIOS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – São considerados beneficiários titulares, na qualidade de servidor, os ocupantes de cargo efetivo do Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Integração Nacional - MI, de cargo comissionado ou de natureza especial sem vínculo efetivo ou cedido ao MI, os inativos, bem como de emprego público da Tabela de Pessoal Permanente do Ministério da Integração Nacional:

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – São considerados beneficiários dependentes:

- I. Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;
- II. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- III. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- IV. Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- V. 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;
- VI. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos Itens IV e V;
- VII. Pensionistas de servidores do Quadro de Pessoal Permanente do MI;
- VIII. A existência dos dependentes constantes dos Itens I e II desobriga a assistência à saúde do dependente constante do Item III;
- IX. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores dos Quadros ou da Tabela de Pessoal do Ministério da Integração Nacional, conforme declaração anual de Imposto de Renda, constante no seu assentamento funcional, desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – A Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados no 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 o titular do benefício assumira integralmente o respectivo custeio.

SUBCLÁUSULA QUARTA – São considerados como beneficiários na modalidade de agregados, os parentes descritos na tabela abaixo, de acordo com o Anexo I do Decreto 6.906, de 21 de julho de 2009.

PARENTE EM LINHA RETA

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	Pai/mãe; e filho/filha do beneficiário titular	Sogro/sogra; genro/nora; padastro/madastra; enteado/enteada de o beneficiário titular
2º	Avô/avô; neto/neta de o beneficiário titular	Avô/avô; neto/neta do cônjuge ou companheiro do beneficiário titular
3º	Bisavô/bisavó; bisneto/bisneta de o beneficiário titular	-

PARENTE EM LINHA COLATERAL

GRAU	CONSANGUINIDADE	AFINIDADE (vínculos atuais)
1º	-	-
2º	Irmão/irmã de o beneficiário titular	Cunhado/cunhada de o beneficiário titular
3º	Tio; sobrinho/sobrinha de o beneficiário titular	-

SUBCLÁUSULA QUINTA – Somente o servidor ativo e o inativo poderão inscrever beneficiários na condição de dependentes para fins do Plano de Assistência à Saúde de que trata o presente Termo.

CLÁUSULA QUINTA – DO AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Auxílio custeado pela União, previsto no artigo 26 da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MP.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – O Auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será pago sempre no mês subseqüente à apresentação, pelo servidor ou pela Administradora de Benefícios, de comprovante de pagamento do Plano de Assistência à Saúde.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – O Auxílio será indenizado ao titular do plano de saúde de acordo com os valores fixados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP.

CLÁUSULA SEXTA – DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – A inclusão dos servidores ativos, inativos, dos seus dependentes e dos agregados, e dos pensionistas no Programa de Assistência à Saúde, far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa junto à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em Plano de Assistência à Saúde de que trata este Termo.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – Os servidores ativos e os inativos disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços pactuados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava.

SUBCLÁUSULA QUARTA – Os servidores ativos que ingressarem nos Quadros de Pessoal do Ministério da Integração Nacional após a vigência do Termo de Acordo disporão do prazo de até 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e a dos seus dependentes, se for o caso, no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava.

SUBCLÁUSULA QUINTA – Os beneficiários agregados que não aderirem nos prazos estipulados nos itens 5.3 ou 5.4, cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Sétima, reiterando que o titular do Plano de Assistência à Saúde é o responsável pela inclusão do agregado.

SUBCLÁUSULA SEXTA – Os pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data da celebração do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA – Os dependentes que adquirirem a condição de pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, dispondo de até 30 (trinta) dias para manifestarem a opção, contados da data da concessão da pensão. Após esse prazo cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava.

SUBCLÁUSULA OITAVA – Os servidores ativos, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes e agregados.

SUBCLÁUSULA NONA – Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos ou inativos no Plano de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, após o fato gerador, para serem incluídos no Plano de Assistência à Saúde, sob pena do cumprimento da carência prevista na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA – Fica sujeito à carência prevista na Subcláusula Segunda da Cláusula Oitava a reinclusão de beneficiários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo titular, ou por perda da condição de dependente.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um Plano de Assistência à Saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – É garantida a manutenção no Plano de Assistência à Saúde dos servidores, exonerados, após a perda do vínculo com o Ministério da Integração Nacional, nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – A solicitação de inscrição de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

SUBCLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – A solicitação de exclusão de beneficiário do Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, sendo essas datas consideradas para fins de cessação da responsabilidade do titular pelo ônus de manutenção dos serviços.

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA
1º ao 20º dia	1º dia do mês subsequente
21º ao 30º dia	1º dia do 2º mês subsequente

SUBCLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – Caberá à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI encaminhar as solicitações dos respectivos servidores ativos, inativos e pensionistas, habilitados para a efetivação de inscrição e exclusão junto à Administradora de Benefícios.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Os beneficiários excluídos de plano de assistência à saúde deverão entregar seus cartões de identificação à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna – CGGP/DGI, para devolução à Administradora de Serviços de Assistência à Saúde.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – A exclusão do servidor ativo ou do inativo implicará na exclusão de todos os seus dependentes, inclusive do agregado.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – As exclusões do plano de assistência à saúde ocorrerão nas seguintes situações:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração/vacância ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - redistribuição do titular do benefício para outro órgão;
- IV - licença sem remuneração;
- V - decisão administrativa ou judicial;
- VI - voluntariamente, por opção do servidor ou do pensionista;
- VII - falecimento; e
- VIII - outras situações previstas em lei.

SUBCLÁUSULA QUARTA – No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pela Lei nº 10.667, de 14 de maio de 2003.

SUBCLÁUSULA QUINTA – Ressalvadas as situações previstas na Subcláusula Terceira, a exclusão do servidor ativo, inativo ou do pensionista dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência.

CLÁUSULA OITAVA – DA CARÊNCIA

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde:

- I. Dos beneficiários inscritos na forma regulamentada nas Subcláusulas Terceira à Sétima da Cláusula Sexta, desde que cumprido os prazos citados naqueles subitens;
- II. Em situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à Administradora de Benefícios;
- III. De consultas médicas; e
- IV. Considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos na Cláusula Quinta, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

- I - exames clínicos e patológicos: 15 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- II - demais exames e tratamentos: 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde;
- III - internações hospitalares: 180 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde; e
- IV – partos: 300 dias após a inclusão no Programa de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA NONA – DA PORTABILIDADE

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar que anualmente, na mesma data de celebração do Termo de Acordo, os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou troca de planos, dentre aqueles vinculados à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o Ministério da Integração Nacional, desde que atendam, conjuntamente, aos seguintes requisitos:

- I - não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais);
- II - que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida; e
- III - que inexista situação de gravidez.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – Os servidores que por motivo de remoção, alterarem a unidade organizacional de exercício, com mudança de município, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data em que entrarem em exercício na nova unidade organizacional, para optarem pela troca de operadora, entre aquelas vinculadas à Administradora de Benefícios, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após esse prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas na Subcláusula Segunda da Cláusula Sétima.

CLÁUSULA DÉCIMA – COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como nas Resoluções CONSU nº 11 e 12 de 1998.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços:

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

- II. Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar; e
- III. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- I. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. Diária de internação hospitalar;
- IV. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- V. Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- VII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;
- VIII. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;
- IX. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- X. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- XI. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento;
- XIII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XIV. Cobertura de transplantes de córnea e rim bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) I - despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) II - os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XV. 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 à acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

XVI. 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.

SUBCLÁUSULA QUARTA – 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.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – São excluídos da cobertura do Plano de Assistência à Saúde os eventos e despesas decorrentes de:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- III. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- IV. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- V. Inseminação artificial;
- VI. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VII. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- VIII. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

- IX. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- X. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- XI. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV. Aplicação de vacinas preventivas;
- XV. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- XVII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XVIII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XIX. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
- XX. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

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

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- I. 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; e
- II. Caberá às operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REEMBOLSO

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, sempre que:

- I. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- II. Se Configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento; e
- III. Houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – 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 abaixo elencados, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- 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. Recibos de pagamento 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.
- V. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA REMOÇÃO

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação, devido à 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:

- I. 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;

II. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios 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; e

III. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no Item II, Subcláusula Terceira da Cláusula Décima Segunda, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS ACOMODAÇÕES

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:

I. **PLANO BÁSICO** – Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria;

II. **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, com cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho; e

III. **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de alto custo.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – 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.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – A Administradora de Benefícios deverá ofertar planos superiores ao Plano Básico, conforme previsto na Subcláusula Primeira, Item I.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA UTI MÓVEL (Pronto Socorro Móvel)

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – Atendimento imediato para os casos de quadros clínicos agudos que impliquem risco de morte. As características e condições da assistência incluem a presença, no local onde o paciente se encontre, de uma equipe liderada por um médico especialista, e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações. O tratamento se prolongará até a estabilização do paciente e, caso seja indicado, proceder-se-á a remoção deste até um centro de tratamento definitivo, estruturado, para evitar o risco vital.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – São considerados quadros clínicos de emergência:

I - cardiovasculares - parada cardíaco-respiratória, infarto agudo do miocárdio, angina “pectoris”, edema agudo de pulmão, arritmias e acidente vascular cerebral;

II - respiratórios - insuficiência respiratória aguda, crise asmática;

III - neurológicos - síncope, convulsão, coma;

IV - comas metabólicos;

V - politraumatismos graves;

VI - afogamentos;

VII - choques elétricos;

VIII - intoxicações graves;

IX - anafilaxia; e

X - toda outra situação que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – A solicitação do atendimento deverá ser requerida através de central telefônica que atenderá às solicitações de serviços sem interrupções, durante as 24 horas, em todos os dias.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – REDE CREDENCIADA

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – A Administradora de Benefícios, dependendo da disponibilidade de espaço físico das unidades organizacionais do Ministério da Integração Nacional, sediadas em Brasília/DF, durante a vigência do Termo de Acordo, visando facilitar a coleta das propostas de adesão, poderá manter um posto de apoio para atendimento aos servidores ativos, inativos ou pensionistas.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – As operadoras de plano de saúde contratadas pela à Administradora de Benefícios deverão disponibilizar Rede Credenciada de Assistência Médico-Hospitalar.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – Além do disposto na Subcláusula anterior a Administradora de Benefícios deverá oferecer os serviços de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel) em Brasília/DF, Recife/PE, Belém/PA, Rio de Janeiro/RJ e Rio Grande do Sul/RS.

SUBCLÁUSULA QUARTA – A rede credenciada deverá ser mantida durante a vigência do Termo de Acordo em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do Ministério da Integração Nacional, a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor ativo, inativo e do pensionista titular do benefício.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO

Este **TERMO DE ACORDO GRATUITO** poderá vir a ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou ainda, sobrevivendo caso fortuito de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – o brigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, a Administradora de Benefícios, garantida a defesa prévia, fica sujeita às seguintes sanções previstas na Lei nº 8.666/93, sem prejuízo de outras:

I. Advertência por escrito;

- II. Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s) do plano de saúde, porventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- III. Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do plano de saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios, no caso de inexecução total dos serviços;
- IV. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior a um ano;
- V. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade;
- VI. As sanções previstas nos itens I e II poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos Itens IV e V, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência; e
- VII. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Referência Básico, no Edital, no Termo de Acordo, na Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da extinta Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao Ministério da Integração Nacional, devidamente apuradas em processo administrativo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **TERMO DE ACORDO GRATUITO** será publicado no Diário Oficial da União nos acordos do parágrafo único do artigo 61, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, correndo as despesas às expensas do **MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – As exclusões de beneficiários do Programa de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas pelo titular do benefício à Administradora de Benefícios e à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas - CGGP, observado o cronograma constante do item V deste Termo de Referência Básico.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA – As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuarem o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário.

SUBCLÁUSULA QUARTA – No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

SUBCLÁUSULA QUINTA – As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou termo de acordo, devendo dar ampla publicidade desses mecanismos a seus beneficiários.

SUBCLÁUSULA SEXTA – Nos casos em que as operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contado da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA – É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

SUBCLÁUSULA OITAVA – Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

SUBCLÁUSULA NONA – No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

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

SUBCLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – Os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Departamento de Gestão Interna - CGGP/DGI, em conjunto com a Administradora de Serviços de Assistência à Saúde.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DO FORO

Os signatários elegem o Foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal para dirimir, dúvidas e controvérsias deste **TERMO DE ACORDO GRATUITO** que não possam ser dirimidas administrativamente.

E por estarem de acordo, os signatários firmam este Instrumento de **TERMO DE ACORDO GRATUITO**, sem acréscimo e entrelinhas, em 03 (três) vias de igual teor, conteúdo e forma para os efeitos de direito com as testemunhas abaixo identificadas.

Brasília, de

de 2015.

DJAIR FIORILLO LOPES
Diretor do Departamento de Gestão Interna

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Representante Legal da **XXXXXXXX**

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF/MF:

Nome:
CPF/MF: