



MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS
Esplanada dos Ministérios, Bloco J, Brasília/DF, CEP 70053900
Telefone: (61) 2027-7000 e Fax: - <http://www.mdic.gov.br>

EDITAL Nº DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2017/2017-SEI

Processo nº 52006.100205/2017-94

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO Nº 1/2017

(MINUTA)

PREÂMBULO

A União, por intermédio do **Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços - MDIC**, mediante a Comissão Especial de Credenciamento designada pela Portaria SPOA nº 2.100-SEI, de 23 de outubro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, seção 3 de 25 de outubro de 2017, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local abaixo indicados fará realizar credenciamento de operadoras administradoras de benefícios para a celebração de **TERMO DE CREDENCIAMENTO**, com o objetivo de atuar como Administradora de Benefícios ofertados por, no mínimo, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de serviços 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, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos servidores ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços - MDIC, do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, com cobertura nacional, com enquadramento legal deste procedimento no Art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, nas resoluções que regulam o objeto e também conforme condições e especificações estabelecidas neste Edital, no Termo de Referência e no Termo de Credenciamento, anexos a este Instrumento Convocatório, e em conformidade com o que consta do Processo nº 52006.100205/2017-94.

Tipo de Licitação	Credenciamento
UASG	280101
Processo	52006.100205/2017-94
Data e horário da abertura da sessão pública	19 de dezembro de 2017 às 10:00
Local	Esplanada dos Ministérios, bloco "J", auditório, térreo - Brasília/DF.
<p>Importante: Quaisquer informações complementares sobre este Edital e seus anexos poderão ser obtidas na Coordenação de Compras e Procedimentos Licitatórios - CGRL/COPLI do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Sala 910, CEP - 70.053-900, Brasília-DF, pelos telefones (61) 2027.8031 / 2027.8034, ou pelo e-mail licitacao@mdic.gov.br. Informações adicionais constam da aba "Licitações" do site www.mdic.gov.br.</p>	

1. OBJETO

1.1. Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios ofertados por, no mínimo, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de serviços 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, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos servidores ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços - MDIC, do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, com cobertura nacional, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução nº 387, de 28 de outubro de 2015, com suas alterações, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, com suas alterações, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa SEGRT nº 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes no Termo de Referência, Anexo I deste Edital.

2. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar do processo de Credenciamento para celebração de Termo de Acordo as Administradoras de Benefícios, ora **PROponentes**, que:

2.1.1. Atendam as condições deste Edital e seus Anexos e apresentem os documentos nele exigidos, nas condições de regularidade estabelecidas neste Instrumento Convocatório;

2.1.2. 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, com suas alterações;

2.2. Não poderão participar do processo de Credenciamento os **PROponentes** que se encontrem nos enquadramentos seguintes:

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

2.2.2. Que estejam sob falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, concordata ou insolvência, em processo de dissolução ou liquidação;

2.2.3. Suspensas do direito de contratar com o MDIC;

2.2.4. Impedidas de contratar com a União;

2.2.5. Declaradas inidôneas para contratar com a Administração Pública;

2.2.6. Que tenham condenações civis por ato de improbidade administrativa nos termos da Lei nº 8.429/1992;

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

2.2.8. Estrangeiras que não funcionem no País;

2.2.8.1. No caso de empresa estrangeira, será necessária a comprovação de representante legal presente no Brasil para responder pela **PROponente**, nas vias judicial e administrativa;

2.2.9. Que esteja proibida de participar de licitações e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente;

2.2.10. Possuam vínculos de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com os membros da Comissão, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela

licitação, ou qualquer outro serviço em exercício neste órgão federal, nos termos do artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993; e

2.2.11. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição (ACÓRDÃO Nº 746/2014-TCU-PLENÁRIO).

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1. Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde, Anexo I deste Edital, para que o beneficiário possa fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, no valor *per capita* fixado pelo MDIC, ficando ao encargo desses beneficiários complementar o custeio desses planos, na forma disciplinada pelo item 4 do Termo de Referência, Anexo I deste Edital;

3.2. Os planos oferecidos aos beneficiários deverão ser planos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no Art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; e

3.3. A Administradora de Benefícios (PROPONENTE) poderá ofertar planos superiores ao mínimo previsto no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde, Anexo I deste Edital, sem qualquer ônus para a Administração Pública.

4. DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO PARA O CREDENCIAMENTO

4.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação das proponentes, a Comissão verificará o eventual descumprimento das condições de participação dos PROPONENTES, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou o futuro credenciamento, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

a) Sistema de Cadastramento de Fornecedores - SICAF, mantido pelo Ministério de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão;

b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);

c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);

d) Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União - TCU, no Link: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/responsabilizacao/inidoneos>;

d.1) A consulta aos cadastros será realizada em nome da PROPONENTE e também de seu sócio majoritário por força do artigo nº 12 da Lei nº 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

4.2. Constatada a existência de sanção impeditiva, a Comissão reputará a PROPONENTE inabilitada, por falta de condição de participação.

4.3. A habilitação da PROPONENTE será verificada por meio do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF (habilitação parcial), nos documentos por ele abrangidos.

4.4. Caso os documentos exigidos para habilitação não estejam contemplados no SICAF, ou não haja disponibilidade de realizar a consulta nos sítios emitentes das certidões vencidas, deverá ser apresentada pela PROPONENTE, mediante solicitação da Comissão, a documentação comprobatória de plena regularidade;

4.5. Para a habilitação, a PROPONENTES deverá apresentar os documentos a seguir relacionados:

4.5.1. Relativos à Habilitação Jurídica:

a) No caso de empresário individual, inscrição no Registro Público e Empresas Mercantis;

b) Em se tratando de sociedades comerciais ou empresa individual de responsabilidade limitada: ato constitutivo em vigor, devidamente registrado, e, no caso de sociedades por ações,

acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

- c) Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;
- d) Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- e) Decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País.

4.5.2. Relativos à Regularidade Fiscal e Trabalhista:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;
- b) Prova de regularidade com a Fazenda Federal (Certidão Negativa ou Positiva com efeito de negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, emitida pela Secretaria da Receita Federal - SRF e Certidão quanto à Dívida Ativa da União emitida pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN), e com a Fazenda Estadual e a Municipal, do domicílio ou sede da PROPONENTE, na forma da lei;
- c) Prova de regularidade perante a Seguridade Social (INSS) e perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- d) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
 - d.1) A certidão mencionada na alínea anterior, poderá ser verificada *on-line* pela Comissão;
- e) As microempresas, empresas de pequeno porte deverão apresentar toda a documentação exigida **para efeito de comprovação da regularidade fiscal**, mesmo que esta apresente alguma restrição.
- f) Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado o vencedor do certame, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa;
 - f.1) A não regularização da documentação no prazo previsto no subitem anterior implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções administrativas previstas neste Edital e seus anexos, sendo facultado à Administração convocar as PROPONENTES remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar a licitação.

4.5.3. Relativos à Qualificação Econômico-Financeira:

- a) Certidão negativa de feitos sobre falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da PROPONENTE, sendo que, no caso de praças com mais de um cartório distribuidor deverão ser apresentadas as certidões de cada um dos distribuidores;
 - a.1) A certidão, referida na alínea anterior, que não estiver mencionando explicitamente o prazo de validade, somente será aceita com o prazo de até 90 (noventa) dias, contados da data de sua emissão;
- b) comprovação de boa situação financeira, que será avaliada pelos Índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), maiores que 1 (um), resultantes da aplicação das fórmulas abaixo, com os valores extraídos de seu balanço patrimonial ou apurados mediante consulta "*on-line*" no caso de empresas inscritas no SICAF:

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

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

LC = Ativo Circulante/

Passivo Circulante

b.1) as proponentes que apresentarem resultado igual ou menor do que 1 (um), em qualquer dos índices calculados do seu balanço patrimonial, deverão apresentar comprovação de boa situação financeira, conforme previsto no Art. 44 da IN nº 2, de 11 de outubro de 2010;

4.5.4. **Relativos à Qualificação Técnica:**

a) Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da empresa Administradora de Benefícios (PROPONENTE), fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de plano de saúde e, no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde - ANS;

b) Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, com suas alterações;

c) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 64 de 2001, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

d) Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

e) Declaração de, no mínimo, 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal;

f) Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde e 1 (uma) operadora de plano odontológico, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o MDIC;

g) Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde, Anexo I deste Edital;

h) Certidão expedida pela ANS de que a Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 3º trimestre de 2010, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203 de 2009, com suas alterações.

4.5.5. **Proposta de Preços dos Planos de Saúde:**

a) Propostas de preços contendo a relação dos Planos de Assistência à Saúde a serem ofertados de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de planos de saúde e de 1 (uma) operadora de plano odontológico, conveniadas com a Administradora de Benefícios para os respectivos planos, ofertados nas condições estipuladas no Termo de Referência, Anexo I deste Edital, inclusive que contemplem as coberturas e a abrangência da rede credenciada exigidas. Os planos deverão ser elaborados especialmente para o MDIC, com base nas condições pré estabelecidas neste Credenciamento;

b) Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63/2003, com suas alterações, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução; já os preços ofertados para o plano odontológico deverão ser cotados em preço *per capita* (preço único, independente da faixa etária).

4.5.6. **Declarações complementares expressas:**

- a) Declaração da Proponente de que é Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Cooperativa, de acordo com o Decreto nº 8.538/2015, se for o caso;
- b) Declaração da Proponente de Ciência e Concordância com este Edital e seus Anexos;
- c) Declaração da Proponente de Inexistência de Fato Superveniente Impeditivo de sua habilitação;
- d) Declaração da Proponente de que não emprega Menor de idade, com base no inciso XXXIII, do Art. 7º da Constituição Federal;
- e) Declaração da Proponente da Não Utilização de Trabalho Degradante ou Forçado, com base no inciso III e IV do Art. 1º e no inciso III do Art. 5º da Constituição Federal.

4.6. A PROPONENTE regularmente cadastrada e habilitada parcialmente no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF ficará dispensada de apresentar os documentos elencados nas letras "a", "b" e "d" do item 4.5.1; nas letras "a", "b", "c" e "d" do item 4.5.2; e nas letras "b" do item 4.5.3 deste Edital, devendo apresentar os demais documentos, sempre que for o caso.

4.7. Os documentos, dentro de seus prazos de validade, poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada em cartório competente, ou por servidor do MDIC, mediante a apresentação dos originais, ou cópia da publicação em órgão da imprensa oficial.

4.8. Poderá ser inabilitada a PROPONENTE que deixar de apresentar qualquer documento exigido, ou apresentá-lo em desacordo com o estabelecido neste Edital e seus Anexos.

4.9. Se a PROPONENTE for a matriz, todos os documentos devem estar em nome da matriz; se a PROPONENTE for filial, todos os documentos devem estar em nome da filial.

4.10. Na hipótese de filial, podem ser apresentados documentos que, pela própria natureza, comprovadamente são emitidos em nome da matriz.

5. **MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO**

5.1. Na assinatura do Termo de Credenciamento, será exigida a comprovação das condições de habilitação consignadas no Edital, as quais deverão ser mantidas pela PROPONENTE durante a vigência do Termo.

5.2. Quando a PROPONENTE vencedora da licitação de credenciamento não fizer a comprovação referida no subitem anterior ou quando, injustificadamente, recusar-se a assinar o Termo, poderá ser convocada outra PROPONENTE, após comprovados os requisitos habilitatórios e feita a negociação, assinar o Termo, sem prejuízo das multas previstas em Edital e no Termo de Credenciamento e das demais cominações legais.

6. **DISPOSIÇÕES GERAIS DA HABILITAÇÃO**

6.1. Os interessados em participar do processo de Credenciamento deverão entregar na Sessão Pública os documentos de que trata o item 4 deste Edital, seqüencialmente enumerados em suas respectivas folhas, contendo toda a documentação comprobatória exigida, nas condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

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

MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS
COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO
DOCUMENTAÇÃO DE CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2017
RAZÃO SOCIAL DA PROPONENTE
CNPJ/MF
ENDEREÇO/TELEFONE/E-MAIL

- 6.3. Os envelopes de **Documentação de Credenciamento** deverão ser entregues na data, local e horário especificados no preâmbulo deste Edital, à Comissão Especial, por intermédio de cada representante.
- 6.4. Os envelopes contendo a Documentação de Credenciamento serão abertos pela Comissão, que fará a conferência dos documentos e procederá à verificação da validade e cumprimento das exigências contidas neste Edital e seus Anexos; após, os referidos documentos deverão ser vistos e rubricados pelos membros da Comissão e pelos representantes das proponentes presentes à reunião, aos quais serão asseguradas vistas à documentação apresentada pelos demais proponentes.
- 6.5. Caso a Comissão julgue conveniente, poderá suspender a reunião para analisar a Documentação de Credenciamento ou diligenciar sobre os mesmos, objetivando verificar as informações prestadas, devendo o resultado ser divulgado, posteriormente, no Diário Oficial da União.
- 6.6. Os documentos relativos ao Credenciamento deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia devendo, neste caso, serem autenticadas por tabelião ou apresentadas com os respectivos originais, para autenticação no ato da sessão, pelos membros da Comissão Especial.
- 6.7. Não serão aceitos “protocolos de entrega” ou “comprovantes de solicitação de documento” em substituição aos documentos exigidos no presente Edital e seus Anexos.
- 6.8. Não serão aceitos documentos com data de validade expirada.
- 6.9. A documentação ainda 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.
- 6.10. As Administradoras de Benefícios 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.
- 6.11. A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de Credenciamento junto ao MDIC, 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 e legislação regulamentar pertinente.
- 6.12. 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.
- 6.13. Não será aceita a entrega extemporânea ou condicional de documentos.
- 6.14. Uma vez realizada a entrega da Documentação de Credenciamento, não será admitida, em hipótese alguma, qualquer alteração, substituição ou adição de qualquer documento que deveria constar originalmente do envelope.
- 6.15. Quaisquer declarações ou contestações dos representantes das proponentes com relação aos trabalhos da Comissão deverão ser registradas em Ata.

7. REPRESENTAÇÃO NA SESSÃO PÚBLICA DE CREDENCIAMENTO

- 7.1. A Administradora de Benefícios, ora proponente, 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 subestabelecida delegação de poderes para a representação pretendida.
- 7.2. O representante designado deverá identificar-se mediante a apresentação do original de seu documento oficial de identificação e munido dos documentos pertinentes, citados nas alíneas "a" e "b" do subitem anterior.

- 7.3. Não será admitido o mesmo representante para mais de uma proponente;
- 7.4. A falta de representação não inabilitará a Administradora de Benefícios, mas impossibilitará sua manifestação em nome da proponente durante os trabalhos a serem realizados.

8. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

- 8.1. A análise e o julgamento da Documentação de Credenciamento serão processados em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e seus Anexos.
- 8.2. Serão declaradas inabilitadas as proponentes que:
- 8.2.1. Por qualquer motivo, tenham sido declaradas inidôneas ou punidas com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública;
 - 8.2.2. Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida neste Edital e seus Anexos;
 - 8.2.3. Apresentarem qualquer documento em desacordo com as exigências editalícias.
- 8.3. Serão declaradas habilitadas para o Credenciamento as proponentes que atenderem as exigências deste Edital e seus Anexos.
- 8.4. O resultado de julgamento será publicado no Diário Oficial da União.

9. PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS

- 9.1. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo licitatório de credenciamento deverão ser enviados à Coordenação de Compras e Procedimentos Licitatórios do MDIC, até **2 (dois) dias úteis** anteriores à data fixada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico, via internet, no licitacao@mdic.gov.br ou **protocolado tempestivamente** no endereço do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco J, 9º andar, sala 910 - CEP 70.053-900 - Brasília/DF.
- 9.2. É de responsabilidade da proponente a confirmação do recebimento do pedido de esclarecimento junto a este Ministério.

10. IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

- 10.1. **Até 2 (dois) dias** úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar o ato convocatório do credenciamento, na forma eletrônica.
- 10.2. Caberá à Comissão Especial de Credenciamento, auxiliado pelo setor responsável pela elaboração do Edital, decidir sobre a impugnação no prazo de até **24 (vinte e quatro) horas**.
- 10.3. O prazo começará a contar a partir das 8h do dia seguinte para as impugnações apresentadas depois das 18h.
- 10.4. Acolhida a impugnação contra o ato convocatório, será definida e publicada nova data para realização do certame da sessão pública de abertura.
- 10.5. A impugnação poderá ser entregue na Coordenação de Compras e Procedimentos Licitatórios - CGRL/COPLI do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", sala 910, CEP - 70.053-900, Brasília-DF, ou por e-mail licitacao@mdic.gov.br.
- 10.6. É de responsabilidade da licitante PROPONENTE a confirmação do recebimento do pedido de esclarecimento junto a este Ministério.

11. RECURSOS ADMINISTRATIVOS

- 11.1. Conforme previsto no Art. 109 da Lei nº 8.666/93, os interessados poderão recorrer do resultado do processo de Credenciamento, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no subitem 8.4 deste Edital, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, situada à Esplanada dos Ministérios, Bloco J, 9º andar, sala 910 - CEP 70.053-900 - Brasília/DF.

- 11.2. O MDIC é aderente ao SEI - Sistema Eletrônico de Informação, razão pela qual os interessados poderão ter acesso ao processo eletrônico para vistas, mediante solicitação formalizada.
- 11.3. 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;
- 11.4. O recurso será protocolizado junto à 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 5 (cinco) dias úteis para análise e decisão;
- 11.5. Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderá interpor recurso;
- 11.6. Não serão aceitos recursos por via postal, fax ou correio eletrônico, nem fora dos padrões e prazos estabelecidos neste Edital.
- 11.7. Serão conhecidos somente os pedidos de revisão tempestivos, motivados e não protelatórios.
- 11.8. Não será admitido mais de um recurso do interessado versando sobre o mesmo motivo de contestação.
- 11.9. 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.

12. **HOMOLOGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO**

- 12.1. Serão declaradas HABILITADAS para o Credenciamento todas Administradoras de Benefícios que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União;
- 12.2. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, o resultado será submetido à Autoridade Competente do MDIC para HOMOLOGAÇÃO;
- 12.3. Para fiel cumprimento das obrigações assumidas, após a HOMOLOGAÇÃO do resultado, será firmado TERMO DE CREDENCIAMENTO, Anexo II deste Edital, com as Administradoras de Benefícios HABILITADAS, com vigência de 12 (doze) meses, prorrogáveis até o limite de 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do Art. 57 da Lei nº 8.666/93.
- 12.4. O MDIC convocará as Administradoras de Benefícios HABILITADAS ao Credenciamento para assinar o respectivo TERMO no prazo de 3 (três) dias úteis a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração sob pena de decadência do direito de Credenciamento.
- 12.5. 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 MDIC.

13. **ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS**

- 13.1. O MDIC realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do credenciado.
- 13.2. A renovação do Credenciamento ficará condicionada à avaliação técnica da prestação dos serviços credenciados, realizada pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas do MDIC, de acordo com as disposições pactuadas.
- 13.3. O Termo de Credenciamento terá vigência de **12 (doze) meses** com possibilidade de prorrogação, conforme condições previstas no item 23 do Termo de Referência e na Cláusula Segunda do Termo de Credenciamento, anexos a este Instrumento.

14. **SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

14.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto contratado, o MDIC poderá, garantindo o contraditório e a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

14.1.1. Advertência;

14.1.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o MDIC, por prazo não superior a 2 (dois) anos, nos termos da Lei nº 8.666 de 1993;

14.1.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante vencedora ressarcir o MDIC pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior

14.2. Qualquer penalidade aplicada será precedida da observância do contraditório e da ampla defesa. A aplicação das sanções pelo MDIC seguirá o rito instituído pela Portaria GM/MDIC nº 334, de 23 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 247, seção I, pg. 69-70.

14.3. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. A Autoridade Competente poderá revogar o processo de Credenciamento, por razões de interesse público, decorrente de fato superveniente, devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-lo por ilegalidade, de ofício ou por provocação de terceiros, mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

15.2. No caso de desfazimento do processo de Credenciamento, fica assegurado o contraditório e a ampla defesa.

15.3. É facultada à Comissão Especial de Credenciamento ou à Autoridade Competente, em qualquer fase do Credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originalmente da Documentação de Credenciamento.

15.4. Os documentos exigidos neste Edital poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia ou publicação em órgão da imprensa oficial. No caso de apresentação de cópias, as mesmas deverão ser autenticadas por tabelião ou apresentados os respectivos originais para confronto e autenticação pelos membros da Comissão, no ato da sessão de abertura do Credenciamento.

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

15.6. Não haverá qualquer ônus ou responsabilidade financeira para o MDIC decorrente dos serviços prestados aos beneficiários decorrentes do processo de Credenciamento.

15.7. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do MDIC a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

15.8. 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.

15.9. A inexistência 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.

15.10. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados relativos ao processo de Credenciamento disponíveis no MDIC ou divulgadas no Diário Oficial da União.

15.11. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o dia do término.

15.12. A critério da Administração, o Termo de Credenciamento resultante desta licitação poderá ser alterado, de acordo com o Art. 65 da Lei n.º 8.666/93.

- 15.13. A sessão de abertura do presente Credenciamento poderá ser adiada, mediante prévio aviso.
- 15.14. Qualquer modificação no Edital exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.
- 15.15. Constituem partes integrantes deste Edital, os Anexos: I - Termo de Referência e II - Minuta do Termo de Credenciamento.
- 15.16. Os casos omissos bem como as dúvidas suscitadas pelos interessados serão resolvidos pela Comissão, que se valerá dos dispositivos legais para orientar sua decisão.
- 15.17. É permitido a qualquer proponente o conhecimento do processo de Credenciamento e, a qualquer interessado, a obtenção de cópia autenticada, mediante solicitação formal e pagamento dos emolumentos devidos.
- 15.18. Quaisquer esclarecimentos em relação a este Credenciamento deverão ser solicitados, por escrito, até 3 (três) dias úteis da data fixada para a abertura da licitação.
- 15.19. As solicitações de esclarecimentos serão respondidas pela Comissão, apenas por escrito.
- 15.20. A cópia do texto integral deste Edital está disponível para consulta por parte dos interessados na Coordenação de Compras e Procedimentos Licitatórios, localizada na Esplanada dos Ministérios, Bloco J, 9º andar, sala 910 - CEP 70.053-900 - Brasília/DF, telefones: (61) 2027.8032 - 8033, e-mail: licitacao@mdic.gov.br, no horário de 9:00 às 11:30 e de 14:30 às 17:30 horas.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO ALVES DE ALMEIDA, Chefe de Serviço**, em 16/11/2017, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARINA VIEIRA MARINHO, Coordenador(a)**, em 16/11/2017, às 18:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.mdic.gov.br/validador>, informando o código verificador **0195160** e o código CRC **393492B0**.



MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS
Esplanada dos Ministérios, Bloco J, Brasília/DF, CEP 70053900
Telefone: (61) 2027-7000 e Fax: - <http://www.mdic.gov.br>

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo nº 52006.100205/2017-94

1 - DO OBJETO

Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios ofertados por, no mínimo, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

objetivando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, 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 de Saúde, aos servidores ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços - MDIC, do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, com cobertura nacional, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução nº 387, de 28 de outubro de 2015, com suas alterações, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, com suas alterações, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa SEGRT nº 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes neste Termo de Referência.

2 - DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

- 2.1. **USUÁRIOS** - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas ou agregados.
- 2.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – Servidores do MDIC, INMETRO e SUFRAMA ativos, inativos e pensionistas.
- 2.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.
- 2.4. **PENSIONISTA** - Beneficiário de pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.
- 2.5. **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 3.4 deste Projeto Básico.
- 2.6. **AUXÍLIO INDENIZATÓRIO** - Valor que será consignado mensalmente no contracheque do titular do benefício (Auxílio).
- 2.7. **REDE CREDENCIADA** - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde por intermédio das operadoras disponibilizadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 2.8. **ABRANGÊNCIA DA REDE** - Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo MDIC, INMETRO e SUFRAMA na forma disciplinada neste Projeto Básico.
- 2.9. **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** - Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o MDIC celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde.
- 2.10. **TIPOS DE PLANOS** - Com e sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.
 - 2.10.1 **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermarias.
 - 2.10.2 **PLANO ESPECIAL** - Plano que inclui, além dos itens do plano básico, acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e de banho.
- 2.11. **REMOÇÃO** - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Projeto Básico.
- 2.12. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** - Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura, em todo território nacional, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada

pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81 de 2001 e Resolução 211 de 11 de janeiro de 2010 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

2.13. CO-PARTICIPAÇÃO - Valor que o beneficiário pagará pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

2.14 – MENSALIDADE - Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente à participação de todos os membros e servidores ativos e inativos, e seus respectivos dependentes e pensionistas.

3 - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, ativos, os ocupantes de cargo comissionado ou de natureza especial, inativos e pensionistas.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

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

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

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

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

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

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

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

3.2.8 O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos, do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

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

3.4. Somente servidor ativo e inativo do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

3.5. Os serviços serão adjudicados e homologados observando o quantitativo estimado conforme anexo 1.

4 - DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO E CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

4.1. Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços - MDIC, do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e da Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência à saúde de forma direta, por meio de convênio com operadora de autogestão ou mediante contrato, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 9/3/2017, devendo apresentar declaração da operadora.

4.2 O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício que será pago mensalmente, observado o disposto na Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 9/3/2017.

4.3 O beneficiário que optar por aderir a um plano com co-participação pagará, pelo uso dos eventos de consultas e exames simples, que não necessitem de autorização prévia, o percentual de 20% (vinte por cento) de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento.

4.4 A participação no custo dos serviços utilizados poderá ser cobrada por autorização de débito em conta corrente, boleto bancário ou consignação em folha de pagamento.

5 - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo MDIC, os servidores ativos, inativos e pensionistas do MDIC, INMETRO e SUFRAMA mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.

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

5.2.1. Os servidores ativos e inativos do MDIC, INMETRO e SUFRAMA e seus dependentes disporão do **prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.**

5.2.2. Os **Pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.**

5.2.3. Os **Pensionistas poderão permanecer** no Plano de Assistência à Saúde, de que trata este Termo de Referência, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto a Unidade de Gestão de Pessoas do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA **no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão.** Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 7.1.5.

5.2.4. A transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em quarto privativo) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do subitem 7.1.5;

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

5.2.6. Os servidores ativos do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, incluídos no Plano de Assistência à Saúde, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente sua exclusão, o que implicará na exclusão também de seus dependentes e agregados.

5.2.7. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos, integrantes do quadro de pessoal permanente do MDIC, INMETRO e SUFRAMA no Plano de Assistência à Saúde (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) **terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem 7.1.5.**

5.2.8. Fica sujeita à carência prevista no subitem 7.1.5 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo ou inativo, integrantes do quadro de pessoal permanente do MDIC, INMETRO e SUFRAMA e pelos penxi

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

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

5.2.11. A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas ser consideradas para fins de início da **cobertura** assistencial e da contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

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

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

5.4. Caberá aos órgãos solicitar ao titular a apresentação dos documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

6 - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

6.2. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o servidor poderá optar por permanecer no Plano de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto na artigo 183, parágrafo 3º da Lei nº 8.112, de 1990, com suas alterações.

6.3. Ressalvadas as situações previstas no item 6.1 a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo do MDIC, INMETRO e SUFRAMA e dos pensionistas que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.

6.4. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA solicitar, formalmente, à Unidade de Gestão de Pessoas de seu órgão e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

6.5. Os beneficiários excluídos do Plano de Assistência à Saúde do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA serão responsáveis pela devolução imediata à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, a de seus dependentes e dos demais vinculados, se houver.

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

7 - DA CARÊNCIA

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

7.1.1. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 5;

7.1.2. em situações de urgência ou emergência, que ocorram durante a vigência da prestação de serviço;

7.1.3. em consultas médicas;

7.1.4. considera-se emergência e urgência o disposto no art. 35-C, incisos I e II da Lei nº 9.656, de 1998, com suas alterações.

7.1.5. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no **item 5**, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

- a) exames clínicos e patológicos – 15 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- b) demais exames e tratamentos - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- c) internações hospitalares - 180 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde;
- d) partos - 300 dias após a inclusão no Plano de Assistência à Saúde.

8 - DA PORTABILIDADE

8.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o MDIC, desde que atendam aos seguintes requisitos:

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

8.2. Os servidores do MDIC, INMETRO e SUFRAMA que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem **7.1.5**.

9 - DOS BENEFÍCIOS

9.1. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão 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 10, 11 e 12 de 1998 e demais normas vigentes.

9.2. A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme abaixo listados:

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;

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

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

9.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- Hemoterapia ambulatorial;

- Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- Tratamento fisioterápico;
- Tratamento fonoaudiológico.

9.4. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11 de 1998 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

9.4.1. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

9.4.2. Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, na forma estipulada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

9.4.3. Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

9.5. Os Serviços Hospitalares compreendem a cobertura dos atendimentos feitos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, na forma abaixo especificada:

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

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

9.5.3. Diária de internação hospitalar;

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

9.5.5. 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;

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

9.5.7. 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;

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

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

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

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

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

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

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

a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

9.5.16. 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.

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

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

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

9.5.20. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

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

9.5.21. Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

9.6. atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11, de 1998 e normas complementares, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendem:

a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato/convênio não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou

abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

c) os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

d) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10 ;

e) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 20% (vinte por cento);

f) o custeio parcial, a partir do 16º (décimo sexto) dia de internação, por ano de contrato/convênio, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário Titular de 20% (vinte por cento);

g) e todos os demais casos previstos na Resolução CONSU nº 11, de novembro de 1998.

10 - DAS EXCLUSÕES

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

10.2. São excluídos da cobertura do plano 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 do 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. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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

10.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;

10.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

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

10.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

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

10.2.19. Cobertura não prevista no caso de UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

11 - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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

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

11.1.2. 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.

11.1.3. 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:

11.1.3.1. 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;

11.1.3.2. Caberão as 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.

12 - DO REEMBOLSO

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

12.1.3. 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 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

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

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

12.1.6. 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;

12.1.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

12.1.9. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;

12.1.10. 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.

13 - DA REMOÇÃO

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

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;

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 **11.1.3.2**, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

14 - 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 obstetrícia, com acomodação em enfermaria.

14.1.2. PLANO ESPECIAL – compreende o Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.

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. Os planos deverão ser oferecidos na modalidade com e sem a co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

14.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem **14.1** deste Projeto Básico.

15 - REDE CREDENCIADA

15.1 A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio, nas dependências do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, pelo prazo mínimo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da assinatura do Termo de Acordo, para atendimento aos servidores.

15.2. Após o prazo acima fixado, a Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos servidores do MDIC, INMETRO e SUFRAMA (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

15.3. As operadoras de Plano de Saúde conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer, na área de abrangência do MDIC, da SUFRAMA e do INMETRO a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos, constando ainda de:

15.3.1. No mínimo, 04 (quatro) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

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

15.3.2. Credenciamento de no mínimo, 03 (três) laboratórios que realizem serviços nas especialidades de Análises Clínicas e Patologia Clínica;

15.3.3. Credenciamento para atendimento médico e/ou laboratorial em abrangência nacional;

15.4. Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

16 - OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

16.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Apresentar aos Beneficiários do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, no mínimo **2 (duas)** operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica 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 a alteração da rede credenciada;
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do MDIC, INMETRO e SUFRAMA;
- d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- e) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao MDIC, ao INMETRO e a SUFRAMA;
- 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 usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas 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) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- k) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l) Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e Pensionistas;
- m) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o MDIC, INMETRO e SUFRAMA;
- n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o) Comunicar aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) 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;
- p) As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger os sigilos médicos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução –RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, com suas alterações.
- q) As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- r) Emitir **relatórios gerenciais**, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, 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;
- 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;
- d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).

IX. Prestadores:

- a) curva ABC de prestadores X utilização;
- b) 50 maiores prestadores de serviços;
- c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc).

X. Casos Crônicos:

- a) Identificação de casos crônicos;
- b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
- c) Descrição das Patologias;
- d) Valor médio mensal por assistido;
- e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.

17 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

17.1. Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da empresa Administradora de Benefícios, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de plano de saúde e, no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde - ANS;

17.2. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, com suas alterações;

17.3. Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 64 de 2001, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

17.4. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;

17.5. Declaração de, no mínimo, 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal;

17.6. Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde e 1 (uma) operadora de plano odontológico, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o MDIC;

17.7. Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no Termo de Referência de Plano de Assistência à Saúde;

17.8. Certidão expedida pela ANS de que a Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 3º trimestre de 2010, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203 de 2009, com eventuais alterações.

18 - OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

18.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656 de 1998, com suas alterações e da Resolução ANS nº 10 de 1998, com suas alterações e, demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

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) Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:

b1) 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 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

b2) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

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

e) Fornecer, gratuitamente, aos usuários 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;

f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários 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 usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

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

h) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a **alínea "r" do item 16.1.;**

i) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência

Adquirida – AIDS e suas complicações;

j) Oferecer ferramenta “**disque 0800 24 horas**” para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

19 - DAS OBRIGAÇÕES

19.1. São obrigações do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA:

a) 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;

b) 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;

c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos objeto do presente edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Comissão de Fiscalização designada através de Portaria.

20 - DAS SANÇÕES

20.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto contratado, o MDIC poderá, garantindo o contraditório e a prévia defesa, aplicar à Contratada as seguintes sanções:

20.1.1. Advertência;

20.1.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o MDIC, por prazo não superior a 2 (dois) anos, nos termos da Lei nº 8.666 de 1993;

20.1.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante vencedora ressarcir o MDIC pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior

20.2. Qualquer penalidade aplicada será precedida da observância do contraditório e da ampla defesa. A aplicação das sanções pelo MDIC seguirá o rito instituído pela Portaria nº 334, de 23 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 247, seção I, pg. 69-70.

20.3. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF.

21 - RESCISÃO

21.1. O Acordo poderá 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 inexequível, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

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

22 - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

- 22.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.
- 22.3. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, **disque 0800 24 Horas**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- 22.4. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Comissão de Fiscalização, observado o constante do item V deste Termo de Referência. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.
- 22.5. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, com suas alterações.
- 22.6. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.
- 22.7. No ato do atendimento, o beneficiário deverá apresentar documento de identidade com foto, juntamente com o cartão das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios do Plano de Assistência à Saúde.
- 22.8. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios poderão exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.
- 22.8.1. Nos casos em que as operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios estabelecerem autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (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.
- 22.8.2. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contadas da formalização do processo.
- 22.8.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos 2(dois) demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.
- 22.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e a 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.
- 22.9.1. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.
- 22.9.2. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
- 22.10. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.
- 22.11. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras 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 Comissão de Fiscalização em conjunto com a Administradora de Benefícios.

23 - VIGÊNCIA

23.1. O presente Acordo terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogada, por períodos iguais e sucessivos, até o limite de 60 (sessenta) meses, a teor do art. 57, Inciso II, da Lei 8.666, de 1993.

23.2. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do MDIC, da SUFRAMA e do INMETRO poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).

Valeska Pospiesz Pinto
Chefe de Serviço

De acordo.

Geralda Ramos da Rocha
Coordenadora

ANEXO 1

* valor estimado (titulares e dependentes)

MDIC

SITUAÇÃO	Nº SERVIDORES/ EMPREGADOS	Nº DEPENDENTES
ATIVO	1083	1326
APOSENTADO	200	323
PENSIONISTA	94	-
TOTAL	1377	1649

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL ESTIMADO
-------	-----------	-------------	----------------

			BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	1	426	427
19 a 23 anos	10	99	109
24 a 28 anos	66	127	193
29 a 33 anos	228	180	408
34 a 38 anos	221	173	394
39 a 43 anos	143	89	232
44 a 48 anos	104	63	167
49 a 53 anos	118	74	192
54 a 58 anos	131	76	207
59 anos ou mais	261	342	603
Total geral	1283	1649	2932

INMETRO

SITUAÇÃO	Nº SERVIDORES/ EMPREGADOS	Nº DEPENDENTES
ATIVO	970	678
APOSENTADO	511	223
PENSIONISTAS	179	-
TOTAL	1660	901

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL ESTIMADO BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	-	256	256

19 a 23 anos	-	81	81
24 a 28 anos	15	15	30
29 a 33 anos	55	38	93
34 a 38 anos	91	40	131
39 a 43 anos	68	35	103
44 a 48 anos	50	37	87
49 a 53 anos	91	67	158
54 a 58 anos	147	78	225
59 anos ou mais	453	354	707
Total geral	970	901	1871

SUFRAMA

SITUAÇÃO	Nº SERVIDORES/ EMPREGADOS	Nº DEPENDENTES
ATIVO	527	364
APOSENTADO	190	90
PENSIONISTAS	67	0
TOTAL	784	454

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL ESTIMADO BENEFICIÁRIOS
0 a 18 anos	1	134	135
19 a 23 anos	1	36	37
	34	16	50

24 a 28 anos			
29 a 33 anos	55	21	76
34 a 38 anos	47	23	70
39 a 43 anos	29	14	43
44 a 48 anos	26	23	49
49 a 53 anos	28	17	45
54 a 58 anos	44	20	64
59 anos ou mais	141	62	203
Total geral	406	366	772



MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº XX/2017

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES, DEPENDENTES E PENSIONISTAS QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS - MDIC, E A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS -----

As partes abaixo qualificadas celebram o presente Termo de Credenciamento, em observância ao constante no **Processo Administrativo nº 52006.100205/2017-94**, com fundamento na Lei nº 8.666/93, em especial ao artigo 116 da mesma Lei, Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução nº 387, de 28 de outubro de 2015, com suas alterações, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, com suas alterações, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa SEGRT nº 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes neste Termo de Referência.:

CRENCIADOR:

União, por intermédio do **MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS**, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda - CNPJ sob o nº **00.394.478/0002-24**, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J" em Brasília-DF, representado pelo Subsecretário de Planejamento, Orçamento e Administração, o Senhor **FERNANDO LOURENÇO NUNES NETO**, designado pela Portaria da Casa Civil da Presidência da República nº 2.090 de 25/10/2016, publicada no Diário Oficial da União de 26/10/2016, portador da Carteira de Identidade - RG, nº **095354288** expedida pela **IFP-RJ** e do CPF nº **889.615.837-00**, consoante a competência atribuída pelo artigo 10, do Anexo I, do Decreto nº 8.917, de 29/11/2016, publicado no D.O.U., de 29/11/2016 – Edição Extra.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

-----, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda - CNPJ sob o nº -----, estabelecida na -----, -----, CEP: -----, cidade de Brasília-DF, Tel.: (61) -----, neste ato representada pelo Senhor (a) -----, portador da Cédula de Identidade RG, nº ----- expedida pela SSP-XX e do CPF nº -----.

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1. Credenciamento de empresa para atuar como Administradora de Benefícios ofertados por, no mínimo, 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica e, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde particular, coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando a prestação de serviços 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, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos servidores ativos, inativos, seus dependentes legais e pensionistas do MDIC, qualificado como Órgão Superior, INMETRO e SUFRAMA como Órgãos/Entidades Vinculadas, com cobertura nacional, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, com suas alterações, pela Resolução nº 387, de 28 de outubro de 2015, com suas alterações, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, com suas alterações, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa SEGRT nº 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e orientações e especificações técnicas constantes neste Termo de Referência.

Subcláusula Única - Este Termo de Credenciamento e o Termo de Referência guardam inteira conformidade com os termos do **Edital de Credenciamento nº 1/2017**, Processo **nº 52006.100205/2017-94**, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora de Benefícios Credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VIGÊNCIA

2.1. O prazo de vigência deste Termo é de 12 (doze) meses, com início em/...../..... e encerramento em/...../....., podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a Administração, limitado a 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei nº 8.666/1993.

2.2. A Administradora de Benefícios não tem direito subjetivo à prorrogação.

2.3. A prorrogação do presente instrumento será promovida mediante celebração de termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PAGAMENTO

3.1. O pagamento será efetuado pelo beneficiário do plano de saúde, conforme condições estabelecidas no ato de adesão entre beneficiário e administradora;

3.2. O presente Termo de Credenciamento não gerará desembolsos de recursos públicos para o MDIC, SUFRAMA e INMETRO.

CLÁUSULA QUARTA - DO REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE

4.1. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do MDIC, da SUFRAMA e do INMETRO poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).

CLÁUSULA QUINTA - GARANTIA DO TERMO

5.1. Diante da particularidade do presente Termo de Credenciamento, não será exigido garantia contratual, porém observadas com cautela as condições previstas no Edital de Credenciamento.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

6.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) Apresentar aos Beneficiários do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, no mínimo **2 (duas)** operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e no mínimo 1 (uma) operadora que assegure assistência odontológica 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 a alteração da rede credenciada;

c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do MDIC, INMETRO e SUFRAMA;

d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Credenciamento;

e) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao MDIC, ao INMETRO e a SUFRAMA;

f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Credenciamento;

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 usuários;

h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas 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) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;

k) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

l) Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e Pensionistas;

m) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o MDIC, INMETRO e SUFRAMA;

- n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o) Comunicar aos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) 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;
- p) As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger os sigilos médicos dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução –RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, com suas alterações.
- q) As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- r) Emitir **relatórios gerenciais**, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, 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;
 - 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;
 - d) Percentual de frequência das 10 maiores patologias que geraram internações em relação ao total de internações (maiores incidências).
 - IX. Prestadores:
 - a) curva ABC de prestadores X utilização;
 - b) 50 maiores prestadores de serviços;
 - c) Percentual de utilização por tipo de prestador (hospital, clínica, laboratório, etc).
 - X. Casos Crônicos:
 - a) Identificação de casos crônicos;
 - b) Efetivação de Monitoramento através da utilização;
 - c) Descrição das Patologias;
 - d) Valor médio mensal por assistido;

e) Relatório técnico de acompanhamento.

XI. Grupo de Risco

- a) Identificação de beneficiários de risco;
- b) Monitoramento;
- c) Patologias;
- d) Relatório técnico de acompanhamento.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORAS

7.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Credenciamento, cumprir os dispositivos da Lei 9.656 de 1998, com suas alterações e da Resolução ANS nº 10 de 1998, com suas alterações e, demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- 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) Realizar o pagamento do reembolso nos seguintes termos:
 - b1) 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 30 (trinta) dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
 - b2) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado integralmente pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- d) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;
- e) Fornecer, gratuitamente, aos usuários 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;
- f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários 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 usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);
- g) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- h) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a **alínea "r" do item 6.1**;
- i) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- j) Oferecer ferramenta **"disque 0800 24 horas"** para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

CLÁUSULA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADOR

8.1. São obrigações do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA:

- a) 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;

- b) 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;
- c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Credenciamento;
- d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Credenciamentos objeto do presente edital consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Comissão de Fiscalização designada através de Portaria.

CLÁUSULA NONA - DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. São considerados beneficiários titulares:

9.1.1. Os servidores do MDIC, do INMETRO e da SUFRAMA, ativos, os ocupantes de cargo comissionado ou de natureza especial, inativos e pensionistas.

9.2. São considerados beneficiários dependentes:

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

9.2.2. O companheiro ou a companheira na união homo afetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

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

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

9.2.5. 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;

9.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 9.2.4. e 9.2.5;

9.2.7. A existência do dependente constante dos itens 9.2.1. e 9.2.2. exclui a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 9.2.3;

9.2.8. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos servidores ativos e inativos, do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.

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

9.4. Somente servidor ativo e inativo do MDIC, INMETRO e SUFRAMA, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

9.5. Os serviços serão adjudicados e homologados observando o quantitativo estimado conforme anexo 1.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS SANÇÕES

10.1. Pela inexecução total ou parcial do objeto contratado, o MDIC poderá, garantindo o contraditório e a prévia defesa, aplicar à Contratada as seguintes sanções:

10.1.1. Advertência;

10.1.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o MDIC, por prazo não superior a 2 (dois) anos, nos termos da Lei nº 8.666 de 1993;

10.1.3. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que

aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a licitante vencedora ressarcir o MDIC pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior

10.2. Qualquer penalidade aplicada será precedida da observância do contraditório e da ampla defesa. A aplicação das sanções pelo MDIC seguirá o rito instituído pela Portaria GM/MDIC nº 334, de 23 de dezembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 247, seção I, pg. 69-70.

10.3. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1. O Credenciador se reserva o direito de rescindir unilateralmente este Termo de Credenciamento, na ocorrência de qualquer das situações previstas nos artigos 77, 78, incisos I a XII e XVII, combinado com o inciso I do artigo 79 e artigo 80 da Lei nº 8.666/1993;

11.2. Este instrumento poderá ser rescindido amigável ou judicialmente consoante disposto nos incisos II e III do artigo 79 da Lei nº 8.666/1993.

11.3. O Acordo poderá 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 inexequível, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução objeto do presente Termo de Credenciamento consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma Equipe de Fiscalização designada por meio de Portaria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES

13.1. Eventuais alterações contratuais rege-se-ão pelo ordenado no artigo 65 da Lei nº 8.666 de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS CASOS OMISSOS

14.1. Os casos omissos serão decididos pelo Credenciador, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.666/1993 e demais normas federais aplicáveis e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078/1990 – Código de Defesa do Consumidor – e normas e princípios gerais dos contratos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

15.1. O presente Termo de Credenciamento será publicado no Diário Oficial da União, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias da data de assinatura do instrumento, conforme dispõe o artigo 61 da Lei nº 8.666/1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

16.1. O Foro competente para dirimir quaisquer questões oriundas do presente instrumento é o da Seção Judiciária de Brasília/DF.

E, assim, por estarem justas e acertadas, firmam as partes o presente instrumento, em meio eletrônico, constante no Processo Administrativo em epígrafe, por intermédio do Sistema Eletrônico de Informações do CREDENCIADOR.