



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2013

A **Fundação Nacional de Saúde - Funasa**, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei n.º 8.029 de 12.04.1990, com o Estatuto aprovado pelo Decreto n.º 7.335, de 19 de outubro de 2010, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ/MF sob o n.º 26.989.350/0001-16, por intermédio do Departamento de Administração, torna público as regras para credenciamento de **Administradoras de Benefícios**, com o fim de celebrar **Termo de Acordo**, com fundamento no art. 116 da Lei n.º 8.666/93 e no art. 230 da Lei n.º 8.112/90, objetivando disponibilizar ofertas de planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 03 (três) operadoras de planos de assistência médica e 02 (duas) de assistência odontológica, registradas na Agência Nacional de Saúde/ANS, aos servidores do FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas na forma disciplinada pela Lei n.º 9.656/98; Resolução n.º 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções n.ºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998 pela Resolução n.º 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução n.º 200, de 13/08/09); e pela Resolução n.º 196, de 14/07/09, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e pela Portaria Normativa n.º 05, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, considerando-se as regras estabelecidas neste Edital, seus anexos e no Processo n.º 25100.013.322/2013-44.

1. DO OBJETO

Item 01 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 03 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei n.º 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução n.º 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções n.ºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução n.º 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução n.º 200, de 13/08/09); e Resolução n.º 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa n.º 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

Item 02 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência odontológica de, no mínimo, 02 (duas) operadoras, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei n.º 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução n.º 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções n.ºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução n.º 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução n.º 200, de 13/08/09); e Resolução n.º 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa n.º 5, de 11/10/10, da Secretaria de



Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

1.1 Os serviços descritos no subitem **1.1** deverão atender ao disposto no art. 230 da Lei nº 8.112 de 1990, aos termos da Lei nº 9.656 de 1998, à Portaria Normativa nº 05, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão-SRH/MP, observadas as coberturas e regulações estabelecidas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especialmente nas Resoluções Normativas nºs 211, de 11 de janeiro de 2010, 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009; e 196 de 14 de julho de 2009.

1.2 O credenciamento da(s) Administradora(s) de Benefícios será formalizado mediante assinatura de **Termos de Acordo**, a ser celebrado entre a **Fundação Nacional de Saúde - Funasa**, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC e a(s) Administradora(s) que vierem a ser habilitadas.

2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES

2.1 No dia, hora e local, abaixo indicados, será realizada a abertura dos envelopes.

DATA: 01 de agosto de 2013

HORA: 10 horas

LOCAL: SAUS, Quadra 4, Bloco N, Edifício Funasa, Auditório – Brasília/DF.

2.2 A entrega dos envelopes poderá ocorrer **a partir da data de publicação do Edital até a data fixada para abertura dos envelopes**, diretamente na Comissão Especial de Licitação, situado no SAUS, Quadra 4, bloco N, 4º andar, Ala Sul, Brasília-DF, CEP 70070-040. Fone (61) 3314-6254/6279.

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

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

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no **Termo de Referência - Anexo I deste Edital**, para que o servidor possa fazer *jus* ao auxílio de caráter indenizatório, no valor *per capita* fixado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - SRH/MP, ficando ao encargo dos servidores complementar o custeio desses planos.

3.2 Os planos oferecidos aos beneficiários da **Fundação Nacional de Saúde – Funasa**, deverão ser planos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no **subitem 1.4 do Termo de Referência Anexo à Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010 da SRH/MP**.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

4.1 Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termos de Acordo, as Administradoras de Benefícios que atenderem plenamente a todas as exigências constantes deste Edital e seus Anexos, inclusive quanto à documentação e aos requisitos de habilitação.

4.2 Não será admitido nesse processo de credenciamento a participação de empresas:

- 4.2.1 concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
- 4.2.2 que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
- 4.2.3 que estejam sob pena de interdição de direitos previstos na Lei nº 9.605/98;
- 4.2.4 que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que seja sua forma de constituição;
- 4.2.5 estrangeiras que não funcionem no País.
- 4.2.6 empresa, cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento.
- 4.2.7 cooperativa, sob nenhuma forma.
- 4.2.8 Não poderá participar desse processo de credenciamento, direta ou indiretamente, servidor ou dirigente desta Fundação.

5. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.1 As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Projeto Básico – Anexo I deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do **subitem 2.1**, a documentação descrita nos **itens 3 e 6** deste Edital, juntamente com sua proposta para credenciamento, esta em papel timbrado da empresa.

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

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE
--

Fundação Nacional de Saúde - Funasa Comissão Especial de Licitação EDITAL DE CREDENCIALMENTO nº 01/2013 RAZÃO SOCIAL: CNPJ:
--

- 5.3 Não será aceito credenciamento extemporâneo ou condicional;
- 5.4 As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento;
- 5.5 A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto a **Fundação Nacional de Saúde - Funasa** 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 ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido no presente edital.

6. DA HABILITAÇÃO

6.1 A habilitação far-se-á com a apresentação da seguinte documentação:

6.1.1 Relativa à Habilitação Jurídica:

6.1.1.1 Registro comercial, no caso de empresa individual;

6.1.1.2 Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente arquivado, em se tratando de sociedades empresariais e, quando for o caso, ata de eleição dos gestores;



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

6.1.1.4 Inscrição do Ato Constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; e

6.1.1.5 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir, além dos documentos previstos no art. 15 do Decreto nº 5.450/2005.

6.1.2 Relativa à Regularidade Fiscal:

6.1.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

6.1.2.2 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

6.1.2.3 A prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional e à Dívida Ativa da União, mediante apresentação de certidão conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal (SRF) e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) com informações da situação do sujeito passivo quanto aos tributos administrados pela SRF e à Dívida Ativa da União.

6.1.2.4 Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual e Municipal do domicílio ou sede da Administradora de Benefícios, ou outra equivalente, na forma da Lei.

6.1.2.5 Prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei, mediante a apresentação de:

6.1.2.5.1 Certidão Negativa de Débito (CND), comprovando a inexistência de débito junto ao Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, ou documento equivalente que comprove sua regularidade;

6.1.2.5.2 Certificado de Regularidade de Situação perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, ou documento equivalente, que comprove sua regularidade.

6.1.2.6 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa.

6.1.3 Relativa à Qualificação Econômico-Financeira:

6.1.3.1 Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Administradora de Benefícios, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;

6.1.3.1.1 A Administradora de Benefícios terá sua situação financeira avaliada, com base na obtenção de índices, de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), devendo apresentar resultados superiores a um (> 1), resultantes da aplicação das seguintes fórmulas:

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

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

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

6.1.3.1.2 A Administradora de Benefícios que apresentar resultado igual ou menor que 1 (um), em qualquer dos índices referidos no subitem anterior, deverá comprovar possuir capital social/patrimônio líquido mínimo igual ou superior a R\$ 1.000.000,00, por meio de balanço patrimonial e demonstrações contábeis, já exigíveis e apresentados na forma da lei, do último exercício social, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

6.1.3.1.3 A Administradora de Benefícios registrada no SICAF terá sua situação financeira avaliada automaticamente pelo sistema, com base nas fórmulas acima.

6.1.3.2 O disposto no subitem anterior aplica-se, igualmente, quando não for possível a verificação dos índices por meio do SICAF.

6.1.3.3 Certidão Negativa de Falência ou Concordata, bem como de execução patrimonial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física, conforme dispõe o inciso II, do artigo 31 da Lei n.º 8.666/93.

6.1.4 Relativa à Qualificação Técnica

6.1.4.1 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 **operadoras de assistência médica e/ou odontológica**, devidamente registradas na **Agência Nacional de Saúde – ANS**;

6.1.4.2 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 nº 196/2009 da ANS.

6.1.4.3 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;

6.1.4.4 Certidão expedida pela ANS de que o interessado atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 4º trimestre de 2012, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009.

6.1.4.4 Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;

6.3.4.5 Declaração de, no mínimo, **5 (cinco)** 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;

6.1.4.6 Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com 03 (três) operadoras de planos de assistência médica e/ou 02 (duas) de assistência odontológica (dependendo do item cotado), em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com a **Fundação Nacional de Saúde - Funasa**;

6.1.4.7 Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no **item 15 do Anexo I deste Edital**, na área de abrangência estabelecida pela **Fundação Nacional de Saúde - Funasa**, ao qual está vinculado o titular do benefício, podendo tal comprovação ser feita mediante a apresentação de mídia que relacione todos os credenciados das operadoras;

6.1.4.8 Propostas de preços dos Planos de Saúde ofertados, de no mínimo, de 03 (três) operadoras de planos de saúde e/ou de, 02 (duas) operadoras de plano odontológico, conveniadas com a Administradora de Benefícios para os respectivos planos, ofertados na forma constante do Anexo I deste Edital, feitas especialmente para a FUNASA;

6.1.4.8.1 Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da RN 63/2003, 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.

6.2 As Administradoras de Benefícios cadastradas e habilitadas parcialmente no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF e sistemas semelhantes mantidos por Estados, Distrito Federal ou Municípios, poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação exigidos nos **subitens 6.1.1, 6.1.2 e 6.1.3**, com exceção dos documentos dos itens 6.1.3.1.2 e 6.1.3.3, estando todas obrigadas, ainda, à apresentação dos seguintes documentos:

a) Declaração, conforme parágrafo segundo do artigo 32 da Lei n.º 8.666/93, **de que inexistente fato superveniente impeditivo** da habilitação, conforme modelo constante do **Anexo II** deste Edital, juntamente com a proposta de preços;

b) Declaração que não emprega menor, conforme disposto no inciso V do artigo 27 da Lei n.º 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854 de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do **Anexo III** deste Edital;

6.3 Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados no seu original ou por cópia autenticada em Cartório de Notas ou por servidor da Administração Pública ou por publicação em Órgão da Imprensa Oficial.

6.4 Documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios.

6.5 Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão referir-se ao mesmo CNPJ da Administradora de Benefícios.

6.5.1 se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;

6.5.2 se a Administradora for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial;

6.5.3 não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

6.6 Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Anexos.

6.7 Para fins de habilitação, a verificação pelo órgão promotor do credenciamento nos sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova. (§ 4º do artigo 25 do Decreto n.º 5.450/2005).

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1 Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de Credenciamento, exclusivamente por meio eletrônico, através do e-mail cel@funasa.gov.br, até **2 (dois) dias úteis** antes da data fixada para a abertura dos envelopes, nos termos do art. 41 e seus parágrafos da Lei 8.666/93.

7.1.1 Não serão aceitas impugnações apresentadas fora dos prazos legais.

7.2 Caberá a **Comissão Especial de Licitação da FUNASA** decidir sobre a petição no prazo de **1 (um) dia útil**, a contar da data do recebimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

7.3 Acolhida impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação do processo de credenciamento.

8. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO E DAS PROPOSTAS

8.1 A análise e o julgamento da documentação serão processados em conformidade com as condições estipuladas neste Edital e seus Anexos;

8.2 Serão declarados inabilitados os interessados que:

8.2.1 Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou tenham sido punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual,

Municipal ou Distrital, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o expediu;

8.2.2 Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida nos **itens 3 e 6** deste Edital e seus Anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

9. DA HOMOLOGAÇÃO

9.1 Serão declarados **HABILITADOS** para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União;

9.2 Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas ao Sr. (inserir nome de autoridade superior na FUNASA) para **HOMOLOGAÇÃO**.

10. DOS RECURSOS

10.1 Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas através do e-mail cel@funasa.gov.br, no prazo de até **05 (cinco) dias úteis** contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no subitem **9.1**, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo junto à Comissão Especial de Licitação.

10.1.1 O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso;

10.1.2 O recurso será protocolado junto à Divisão de Licitações da FUNASA, ficando estabelecido o prazo de até **5 (cinco) dias úteis** para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior competente, que terá até **05 (cinco) dias úteis** para análise e decisão;

10.1.3 Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos;

11. DO CHAMAMENTO DOS CREDENCIADOS HABILITADOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

11.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado **Termo de Acordo** com as Administradoras de Benefícios consideradas aptas ao credenciamento, com vigência de 12 meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do **Anexo IV**, a qual será adaptada à proposta da empresa vencedora;

11.2 A **Fundação Nacional de Saúde - Funasa** convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos **Termos de Acordo**, no prazo de **3 (três) dias úteis**, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado;

11.2.1 O prazo estabelecido no subitem **11.2** para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e devidamente aceito pelo **Fundação Nacional de Saúde – Funasa**

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

12.1 Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da FUNASA, 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.

12.2 O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, a ser indicada no ato de adesão pelo beneficiário.

13. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DO TERMO DE ACORDO CELEBRADO COM AS ADMINISTRADORAS

13.1 A Fundação Nacional de Saúde - Funasa fará acompanhamento da execução dos Termos de Acordos assinados, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento, devendo quaisquer ocorrências de descumprimento ser registradas em relatórios específicos e juntadas ao processo de credenciamento.

13.2 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 pelo Sr. (cargo da autoridade superior) da FUNASA.

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

14.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, a serem aplicadas pela Comissão de Fiscalização, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

14.1.1 advertência por escrito;

14.1.2. Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;

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

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

14.1.5 Multa compensatória no valor de a 5% (cinco por cento) calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, no caso de inexecução total dos serviços;

14.2 As sanções previstas no subitem anterior serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

15. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Acordo, respectivos Anexos, e neste Edital, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação a Fundação Nacional de Saúde - Funasa, apuradas em regular processo administrativo.

16. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA O CREDENCIAMENTO



O presente Edital de Credenciamento poderá ser revogado por razões de interesse público, decorrentes de fatos supervenientes, devidamente comprovados, pertinentes e suficientes para justificar o ato de revogação.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

17.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial da União.

17.5. Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Especial de Licitação no endereço eletrônico: cel@funasa.gov.br.

17.6. Integram o presente Edital, dele fazendo parte integrante, os **Anexos I, II, III e IV**.

17.7. É facultada à Divisão de Licitações ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

Em, 15 de julho de 2013.

Carlos Luiz Barroso Júnior
Diretor do Departamento de Administração



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

I - DO OBJETO

Item 01 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 03 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação 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 da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

Item 02 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência odontológica de, no mínimo, 02 (duas) operadoras, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

II - 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.
- 2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores da FUNASA, ativos, inativos e pensionistas.
- 2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.
- 2.4. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.

2.5. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário, referente aos servidores da FUNASA, ativos, inativos e pensionistas

2.6. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – É o valor que será consignado no contracheque do titular do benefício (Auxílio) e será pago sempre no mês subsequente à apresentação pelo servidor do comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

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 pela Funasa, 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 a FUNASA 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:

2.11. PLANO BÁSICO - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermarias.

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

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

2.13. REMOÇÃO - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Projeto Básico.

2.14. 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, e de assistência odontológica, 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 de 3 de novembro 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.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores da FUNASA ativos, inativos e pensionistas.

3.2. São considerados beneficiários dependentes:

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

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

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

- 3.2.4. os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- 3.2.5. os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- 3.2.6. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.2.4. e 3.2.5;
- 3.2.7. a existência do dependente constante dos itens 3.2.1. e 3.2.2. inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.2.3.;
- 3.2.8. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos membros e servidores ativos e inativos, da FUNASA 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 da FUNASA poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

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

- 4.1. Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos e os beneficiários de pensão, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no Termo de Referência – Anexo, da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.
- 4.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício que será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado à Coordenação-Geral de Recursos Humanos da FUNASA, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.
- 4.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou de participação.

V - 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 pela FUNASA, os servidores ativos e inativos da FUNASA 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
- 5.3. Os servidores ativos e inativos da FUNASA e seus dependentes disporão do **prazo de até 30 (tinta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a 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 Capítulo VII.**

5.4. Os **Pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a 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 Capítulo VII.

5.5. 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 Coordenação-Geral de Recursos Humanos da FUNASA **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 Capítulo VII.

5.6. 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 Capítulo VII;

5.7. 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.

5.8. Os servidores ativos da FUNASA, 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.

5.9. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão dos servidores ativos e inativos, integrantes do quadro de pessoal permanente da FUNASA 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.

5.10. Fica sujeita à carência prevista no Capítulo VII a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo ou inativo, integrantes do quadro de pessoal permanente da FUNASA e por beneficiários de pensão.

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

5.12. 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 a FUNASA nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.13. Poderá a Administradora de Benefícios manter o servidor requisitado como beneficiário do Plano de Saúde, após a perda do vínculo com a FUNASA nas condições estabelecidas na legislação em vigor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.

5.14. A solicitação de inscrição ou exclusão de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma das administradoras/operadoras. O referido cronograma deverá ser apresentado no momento da implantação do Termo de Acordo.

5.15. Caberá à FUNASA a solicitar ao titular e apresentar documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos da FUNASA, indicando a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

VI - 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 no artigo 183, § 3º da Lei nº 8.112, de 1990.

6.3. Ressalvadas as situações previstas no item **6.1.** a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo da FUNASA e dos beneficiários de pensão 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 da FUNASA solicitar, formalmente, à Coordenação de Recursos Humanos da FUNASA 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 da FUNASA 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.

VII - DA CARÊNCIA

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

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

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

- a) consultas e exames clínicos e patológicos – 30 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;
- b) demais exames e tratamentos - 180 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;
- c) internações hospitalares - 180 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;
- d) partos - 300 dias após o início da vigência da prestação dos serviços; e
- e) Doenças e Lesões Pré-Existentes – 24 meses após o início da vigência da prestação dos serviços.

VIII - 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 a FUNASA, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a) não tenha havido internação ou tratamento igual ou superior a R\$ 10.000,00;
- b) que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
- c) que inexista situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

8.2. Os servidores da FUNASA 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 Capítulo VII.**

IX - 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.

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 centro 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 peritonial - 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 trinta dias após o parto.

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

9.7. **A cobertura odontológica compreende:**

9.7.1 O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

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

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

X - 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; e
- 10.2.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 10.2.19. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

XI - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- 11.1. atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:
 - 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:
 - 11.1.4. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
 - 11.1.5. 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.

XII – 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 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; e
- 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.

XIII – 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 **11.1.5.**, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIV – DAS ACOMODAÇÕES



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

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

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

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.

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

XV – REDE CREDENCIADA

15.1. A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio, nas dependências do Edifício Sede desta Fundação, pelo prazo 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 deste Instituto (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

15.3. A rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica deverá ser oferecida por, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos de assistência médica contratadas pela administradora de benefícios e deverá contemplar, no mínimo, os seguintes requisitos:

a) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE;

b) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE;

c) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE; e

15.3.4. As operadoras de assistência odontológica contratadas pela Administradora de Benefícios deverão dispor de rede em todas as capitais.

XVI – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

16.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) Apresentar aos Beneficiários da FUNASA, no mínimo **3 (três)** operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar e/ou 02 (duas) de 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;

c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da FUNASA;

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 à FUNASA e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;

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

- g)** Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos 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 e/ou odontológico, 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 disponibilizados aos beneficiários desta Fundação;
- n)** Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o)** Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- p)** As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico 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;
- 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 Demográfico da Carteira;
 - II – Relatório de sinistralidade;
 - III – Indicadores sobre a Utilização;
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
 - IV – Casos Crônicos e de Risco;
 - a) Identificação de casos Crônicos;
 - b) Descrição das Patologias;
 - c) Parecer Médico.
 - V – Monitoramento;
 - VI - Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.

XVII – OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

17.1. São obrigações das Operadoras de planos de assistência médica hospitalar:

17.1.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 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) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado, conforme previsto na legislação vigente, 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;
- d) Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- f) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;
- g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência 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), por meio físico ou virtual;
- i) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a **alínea “r” do item 16.1.**;
- k) 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;
- l) Deverá possuir a facilidade “**disque 0800 24 horas**”. para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

17.1.2. São obrigações das Operadoras odontológicas:

Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da

Resolução 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de planos odontológicos 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, na forma prevista na legislação vigente, pelas operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- d) Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência odontológica por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras os seguintes documentos:
 - V. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais;
 - VI. Recibos de pagamento dos honorários;
 - VII. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e
 - VIII. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- g) 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;
- h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- i) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Odontológico, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de, Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio físico ou virtual;
- j) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, estabelecimentos e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- k) Deverá possuir a facilidade “disque 0800 24 horas” para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

XVIII – OBRIGAÇÕES DA FUNASA

18.1. São obrigações da Fundação Nacional de Saúde - Funasa:

- 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 edifício sede da FUNASA, 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 do (cargo da autoridade competente) da FUNASA.

XIX – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. Serão assegurados 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.

19.2. 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.

19.3. 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.

19.4. 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 Projeto Básico. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

19.5. 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.

19.6. Não caberá às operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do servidor ou de seus dependentes, provocado por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do servidor.

19.7. 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.

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

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

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

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



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

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

19.14. Na hipótese de ocorrer à 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.

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

19.16. 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.

19.17. 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.

19.18. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Fiscalização em conjunto com a Administradora de Benefícios.



ANEXO DO TERMO DE REFERÊNCIA

QUADROS ESTIMATIVOS DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS

Faixa Etária	Titulares			Dependentes	Total
	Ativos	Inativos	Pensionistas		
0 a 18 anos	0	0	1.106	7.242	8.348
19 a 23 anos	7	0	796	3.682	4.485
24 a 28 anos	65	0	36	500	601
29 a 33 anos	116	0	116	256	488
34 a 38 anos	145	0	321	529	995
39 a 43 anos	1.281	5	544	1.054	2.884
44 a 48 anos	2.429	87	912	1.602	5.030
49 a 53 anos	3.592	240	1.324	2.085	7.241
54 a 59 anos	4.108	1.110	1.752	2.781	9.751
59 anos ou mais	1.769	11.473	7.841	6.352	27.435
Totais	13.512	12.915	14.748	26.083	67.258



ANEXO II

DECLARAÇÃO

A (Nome da empresa)....., CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., sediada (endereço completo), declara, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Cidade – (UF), de de 2013.

(nome e número da identidade do declarante)



ANEXO III

DECLARAÇÃO

A empresa, inscrita no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr(a)....., portador (a) da Carteira de Identidade nºe do CPF nº....., DECLARA, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, regulamentada pelo Decreto 4.358/2002, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.
Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ().
(observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)

Cidade – (UF), de de 2013.

.....

(representante legal)



ANEXO IV

PROCESSO Nº 25100.013.322/2013-44

TERMO DE ACORDO Nº /2013

TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI CELEBRAM A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA, E A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.....PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES, DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO, NA FORMA ABAIXO:

Aos (.....) dias do mês dedo ano de dois mil e treze (2013), nesta cidade de Brasília, a **FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA**, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei n.º 8.029 de 12.04.1990, com o Estatuto aprovado pelo Decreto n.º 7.335, de 19 de outubro de 2010, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ/MF sob o n.º 26.989.350/0001-16, doravante denominado simplesmente FUNASA, neste ato representado por (nome e qualificação completa), na conformidade do que dispõe o inciso XV, do art. 2º, da citada Lei, com a nova redação dada pelo art. 1º, da Lei no. 10.204 de 22.02.2001, e a empresa..... inscrita no CNPJ/MF sob o nº, com sede no, doravante denominada, neste ato representado pelo Senhor, brasileiro, (profissão) portador da Cédula de Identidade nº, expedida pela e CPF nº, residente e domiciliado na, tendo em vista o que consta no Processo nº 25100.013.322/2013-44, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na forma e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

Item 01 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 03 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

Item 02 - Disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários desta fundação

mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência odontológica de, no mínimo, e 02 (duas) operadoras, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores da FUNASA ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010; Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, pela Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

Subcláusula Única - Este instrumento de Acordo e seu Anexo guardam inteira conformidade com os termos do **Edital de Credenciamento nº 01/2013**, Processo nº 25100.013.322/2013-44, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

I - DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a) Apresentar aos Beneficiários da FUNASA, no mínimo 03 (três) operadoras de planos de assistência médica e/ou 2 (duas) operadoras de 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;
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da FUNASA;
- 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 à FUNASA, e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo;
- g) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos 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 e/ou odontológico, 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 à Coordenação de Recursos Humanos da FUNASA e a 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 disponibilizados aos beneficiários da FUNASA;
- n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o) Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- p) As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico 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;
- 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 Demográfico da Carteira;
- II – Relatório de sinistralidade;
- III – Indicadores sobre a Utilização;
 - a) Beneficiários;
 - b) Prestadores.
- IV – Casos Crônicos e de Risco;
 - a) Identificação de casos Crônicos;
 - b) Descrição das Patologias;
 - c) Parecer Médico.
- V – Monitoramento;

VI - Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.

II - DAS OPERADORAS:

1. Caberá às Operadoras de assistência médica-hospitalar conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e da Resolução 10/98 de 3/11/1998, alteradas pelas Resoluções 67/2001, 81/2001 e 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 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) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado, conforme previsto na legislação vigente, 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;

- d)** Para os beneficiários que se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
- V. 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;
- VI. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
- VII. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- VIII. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- e)** Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- f)** Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;
- g)** Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- h)** Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência 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), por meio físico ou virtual;
- i)** Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- j)** Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a **alínea “r” do Inciso I da Cláusula Segunda**;
- k)** 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;
- l)** Deverá possuir a facilidade “**disque 0800 24 horas**”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;
- m)** Assumir o risco financeiro a operação junto à operadora contratada;
- n)** Efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidas pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde suplementar;
- o)** Responsabilizar-se pela execução de todas as ações especificadas na Proposta Comercial, instrumento este integrante do presente TERMO DE ACORDO.
2. Caberá às Operadoras odontológicas conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:
- a) Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;
- b) O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de planos odontológicos 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, conforme previsto na legislação vigente, pelas operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

V. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais;

VI. Recibos de pagamento dos honorários;

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

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

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

g) 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;

h) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

i) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência Odontológica, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de, Consultórios e outros estabelecimentos e/ou profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio físico ou virtual;

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

k) Deverá possuir a facilidade “disque 0800 24 horas” para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

III - DA FUNASA:

São obrigações da **Fundação Nacional de Saúde - Funasa**:

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;

b.1) A divulgação dos planos de saúde pela Administradora de Benefícios não prejudicará o andamento das atividades da Funasa.

b.2) Os eventuais custos da divulgação, tais como alocação de espaços, utilização de energia elétrica, telefonia e outros, serão devidamente ressarcidos pela empresa Administradora de Benefícios.

c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede da FUNASA, 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 do Termo de Acordo 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 do Sr. Diretor Geral da FUNASA.

e) Creditar aos servidores que efetuarem sua adesão aos planos de saúde ofertados em função do presente TERMO DE ACORDO o valor referente ao auxílio no contracheque como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, conforme art. 39, inciso XLV, do Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999, no valor per capita mensal estabelecido pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, para os servidores titulares que efetuarem sua adesão aos planos de saúde suplementares estipulados pela Administradora de Benefícios.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O acompanhamento e a fiscalização da execução objeto do presente Termo de Acordo 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 do (cargo da autoridade competente) da FUNASA.

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

Serão considerados beneficiários do plano de saúde, para efeito do presente **TERMO DE ACORDO**, os servidores ativos e inativos da FUNASA, seus dependentes legais e pensionistas.

Subcláusula primeira - São considerados beneficiários dependentes:

- a) cônjuge ou companheiro(a) de união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) 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
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens “d” e “e”;
- g) a existência do dependente constantes nos itens “a”. e “b” inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item “c”;
- h) O pai ou padrasto, a mãe ou madrastra, dependente economicamente dos servidores da FUNASA ativos e inativos, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderá ser inscrito no Plano de Assistência à Saúde desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados.

Subcláusula segunda - 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.

Subcláusula terceira - Somente servidor ativo e inativo da FUNASA, poderão inscrever beneficiários na condição de dependentes.

CLÁUSULA QUINTA – DAS SANÇÕES

Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, a serem aplicadas pela Comissão de Fiscalização, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:

- a advertência por escrito;
- b Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;
- c Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida sua reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade.
- d Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, por ventura inadimplentes (es) indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias, caracterizando inexecução parcial;
- e Multa compensatória no valor de a 5% (cinco por cento) calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados a (as) operadora (as) do Plano de Saúde, indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, no caso de inexecução total dos serviços;;

Subcláusula única - As sanções previstas no *caput* desta Cláusula serão precedidas de procedimento em que será facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

CLÁUSULA SEXTA – VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

O presente Acordo terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, com vantagens para a administração, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

Subcláusula Primeira - Respeitadas as disposições da legislação em vigor, as mensalidades dos planos dos beneficiários 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 e da administradora, bem como com a revisão da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, quando a referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).

Subcláusula Segunda: No caso de mudança de faixa etária o reajuste ocorrerá no mês seguinte ao aniversário do beneficiário.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da FUNASA, 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.

Subcláusula única – O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário;

CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO

Este 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.

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



CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **ACORDO** será publicado, por extrato, 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 daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Acordo é aceito pela FUNASA em caráter de não exclusividade, sendo dispensado o procedimento licitatório em função de não existir desembolso de recursos públicos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Acordo será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.

E por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento termo em três vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Brasília, de _____ de 2013.

**FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE -
FUNASA**
CONTRATANTE

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS-ESTIPULANTE
Representante Legal
Cargo