

Processo: 00058.064957/2016-94

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2016

A **AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL (ANAC)**, CNPJ/MF nº 07.947.821/0001-89, por intermédio de sua Comissão Especial de Licitação (CEL), designada pela Portaria nº 2.662, de 05/10/2016, torna públicas as inscrições para credenciamento de **Administradoras de Benefícios** para a celebração **Termo de Acordo**, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, Lei 9.656/98, nas Resoluções Normativas nº 387, de 21 de outubro de 2015, nº 195, de 14 de junho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 167, de 09 de janeiro de 2008 e nº 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, visando disponibilizar ofertas de planos de assistência à saúde suplementar de, **no mínimo 2 (duas) operadoras nacionais e 1 (uma) regional, de assistência médica** registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e/ou, **no mínimo 1 (uma) operadora de assistência odontológica**, aos servidores da ANAC ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, considerando-se as regras estabelecidas neste Edital e seus Anexos e portaria que institui, no âmbito desta ANAC, o auxílio de caráter indenizatório e autoriza o credenciamento de administradoras de benefícios.

1. DO OBJETO

- 1.1. Item 1 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais e 1 (uma) regional, registradas na ANS na modalidade coletivo empresarial, 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 Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, e através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- 1.2. Item 2 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.3.O credenciamento da(s) Administradora(s) de Benefícios será formalizado mediante assinatura de **Termo de Acordo**, a ser celebrado entre a ANAC e a(s) Administradora(s) que vierem a ser habilitadas.

2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES

2.1.Na data, horário e local indicados abaixo, será realizada a sessão pública para a abertura dos envelopes:

a) data de realização: **20 de outubro de 2016**

b) hora: **10 horas**

c) local: **Gerência Técnica de Licitações e Contratos da ANAC, sito ao Edifício Parque Cidade Corporate, Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote “C”, Torre “A”, Sala 301A, Brasília/DF, CEP 70.308-200.**

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 no local indicado acima.

2.2.1.Os envelopes também poderão ser entregues na Gerência Técnica de Licitações e Contratos da ANAC, no endereço constante da alínea “c” acima, ou no Protocolo da ANAC, sito à Edifício Parque Cidade Corporate, Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote “C”, Torre “A”, 2º Andar, Brasília/DF, CEP 70.308-200. Contudo, serão considerados, para efeito de participação da sessão pública e conseqüente análise dos documentos, tão somente aqueles cujo registro de entrega tenha ocorrido até o horário marcado para o início da reunião, qual seja, **10 horas** do dia 20/10/2016.

2.3.Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no horário e local aqui estabelecidos, desde que não haja comunicação da Comissão 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 ANAC deverão ser planos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no subitem 1.4 do Termo de Referência anexo à Portaria Normativa nº 5/2010 da SHP/MP.

4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1.Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termos de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:

4.1.1.Atendam às condições deste Edital e seus anexos e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Licitação, à vista dos originais.

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

- a) empresa que esteja com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública, suspenso, ou que por esta tenha sido declarada inidônea;
- b) empresa que estiver em recuperação judicial, processo de falência ou sob regime de concordata, concurso de credores, dissolução ou liquidação;

- c) empresa sob pena de interdição do direito de contratar com o Poder Público por crimes ambientais, nos termos do art. 10 da Lei nº 9.605, de 12/02/1998;
- d) que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que seja sua forma de constituição;
- e) estrangeiras que não funcionem no País;
- f) empresa, cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento;
- g) cooperativa, sob nenhuma forma.

4.3. Não poderá participar desse processo de credenciamento, direta ou indiretamente, servidor ou dirigente da ANAC.

4.4. O representante da licitante deverá, sempre que possível, estar presente à abertura dos envelopes.

5. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.1. As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverão, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do item 2 acima a documentação descrita no item 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
AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC EDITAL DE CREDENCIALMENTO Nº __/____ RAZÃO SOCIAL: ____ CNPJ: ____

5.3. O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento.

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 à ANAC 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 E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

6.1. Para **Habilitação Jurídica** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

6.1.1. Registro comercial, no caso de empresa individual.

6.1.2. Ato constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresariais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, acompanhado de todas as alterações ou da consolidação, se for o caso.

6.1.3. 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, além dos documentos previstos no art. 15 do Decreto nº 5.450/2005.

6.2. Para **Habilitação Fiscal e Trabalhista** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

6.2.1. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

6.2.2. 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;

6.2.3. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.

6.2.4. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

6.2.5. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

6.3. Para **Habilitação Econômico Financeira** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

6.3.1. certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede do licitante;

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

6.3.2.1. no caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade;

6.3.3. comprovação da boa situação financeira da empresa mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

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

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

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

6.3.4. As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem acima, deverão comprovar boa situação financeira por meio de Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, 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.

- 6.4. Para **Habilitação Técnica e Proposta de Preços dos planos de saúde (item 1)** ofertados pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes requisitos:
- 6.4.1. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS.
 - 6.4.1.1. Para efeito de julgamento serão considerados como similares ou compatíveis os atestados apresentados pela administradora, que comprovem no individual ou somatório, ter prestado serviços em quantidades iguais ou superiores a 50% (cinquenta por cento) da estimativa de beneficiários previstos para este credenciamento.
 - 6.4.2. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre sua experiência na permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.
 - 6.4.3. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196/09;
 - 6.4.4. Declaração expedida pela ANS de que possuem responsável pela área técnica de saúde, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255, de 18 de maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.
 - 6.4.5. Certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009.
 - 6.4.6. Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com 2 (duas) operadoras nacionais e 1 (uma) regional de Planos de Saúde 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 ANAC.
 - 6.4.7. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ao) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da Agência Nacional de Aviação Civil, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários.
 - 6.4.8. Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no item 18 do Anexo I deste Edital, na área de abrangência estabelecida pela ANAC, a qual está vinculado o titular do benefício.
 - 6.4.9. Declaração de no mínimo 4 (quatro) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo ser apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal.
 - 6.4.10. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência da ANAC, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para presta os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;
 - 6.4.11. Proposta de preços dos Planos de Saúde ofertados por no mínimo 2 (duas) operadoras nacionais e 1 (uma) regional de planos de assistência médica conveniadas com a Administradora de Benefícios para os respectivos planos ofertados na forma constante do Anexo "A" deste Edital, feitas especialmente para a ANAC.
 - 6.4.11.1. Os preços da referida proposta deverão ser cotados por faixa etária respeitando as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22/12/2003.

6.4.11.2. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

6.5. Para **Habilitação Técnica e Proposta de Preços do plano odontológico (item 2)** ofertado pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes requisitos:

6.5.1. Atestado de Capacidade Técnica, emitido por entidades públicas ou privadas comprovando que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora devidamente registrada na ANS.

6.5.1.1. Para efeito de julgamento serão considerados como similares ou compatíveis os atestados apresentados pela administradora, que comprovem no individual ou somatório, ter prestado serviços em quantidades iguais ou superiores a 25% (vinte e cinco por cento) da estimativa de beneficiários previstos para este credenciamento.

6.5.2. Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa ANS nº 196/09;

6.5.3. Declaração expedida pela ANS de que possuem responsável pela área técnica de saúde, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255, de 18 de maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.

6.5.4. Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre sua experiência na permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.

6.5.5. Certidão expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos (depósitos) garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa ANS nº 203, de 01/10/2009.

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

6.5.7. Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, na área de abrangência da ANAC, a qual está vinculado o titular do benefício, uma rede credenciada de atendimento para presta os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;

6.5.8. Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com 1 (uma) operadora de Plano Odontológico 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 ANAC.

6.5.9. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ao) prestar os respectivos serviços aos beneficiários da Agência Nacional de Aviação Civil, contemplando as regras estabelecidas neste Termo de Referência, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários.

6.5.10. Comprovação de que suas Operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas no item 18 do Anexo I deste Edital, na área de abrangência estabelecida pela ANAC, a qual está vinculado o titular do benefício.

6.5.11. Proposta de preços dos Planos de Saúde ofertados por 1 (uma) operadora de Plano Odontológico conveniada com a Administradora de Benefícios para os respectivos planos ofertados na forma constante do Anexo "A" deste Edital, feitas especialmente para a ANAC.

6.5.11.1. Os preços da referida proposta deverão ser cotados por faixa etária respeitando as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 22/12/2003.

6.5.11.2. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

6.6.A Administradora de Benefícios cadastrada e habilitada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF), poderá deixar de apresentar os documentos de habilitação exigidos nos subitens 6.1, 6.2 e 6.3 deste Edital, com exceção da comprovação dos subitens 6.2.5 e 6.3.1, estando todas obrigadas, ainda, à apresentação dos seguintes documentos:

a) declaração, conforme § 2º do art. 32 da Lei nº 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 art. 27 da Lei nº 8.666/93, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, em cumprimento ao estabelecido no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante do Anexo III deste Edital.

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

6.8. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão estar em nome da Administradora de Benefícios e com número do CNPJ/MF e endereço respectivo:

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

b) se a Administradora for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial.

6.9.Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.

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

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1.Qualquer interessado poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de Credenciamento, exclusivamente por meio eletrônico, por meio do e-mail licitacao@anac.gov.br, até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes, nos termos do art. 41 e §§ da Lei nº 8.666/93.

7.2.Caberá à Comissão Especial de Licitação decidir sobre a petição no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data do recebimento do e-mail, 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:

a) por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou tenham sido punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública;

b) deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 6 deste Edital ou apresentarem em desconformidade com o exigido.

9. DA DIVULGAÇÃO E 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. Superintendente de Administração e Finanças da ANAC para homologação.

10. DOS RECURSOS

- 10.1. Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 3 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação do resultado da licitação, ficando, nesse período, franqueadas vistas ao processo junto à Gerência Técnica de Licitações e Contratos da ANAC, sito ao Edifício Parque Cidade Corporate, Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote "C", Torre "A", Sala 301A, Brasília/DF, CEP 70.308-200.
- 10.1.1. O recurso será protocolado junto à Gerência Técnica de Licitações e Contratos da ANAC, no endereço constante do subitem 10.1 acima, ou no Protocolo da ANAC, sito no endereço constante do subitem 2.2.1 deste Edital.
- 10.1.2. O recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Licitação, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado ao Superintendente de Administração e Finanças, que terá até 3 (três) dias úteis para análise e decisão.
- 10.1.3. 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.
- 10.1.4. 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 ANAC convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Termos de Acordo, no prazo de 5 (cinco) 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.
- 11.3. O prazo estabelecido no subitem 11.1 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 pela ANAC.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

- 12.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da ANAC, a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades dos planos de assistência à saúde e odontológico 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.

- 12.3. Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços contratuais pactuados com os beneficiários poderão ser objeto de reajuste, cumulativamente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como com a da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, quanto à referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).
- 12.4. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a ANAC, por intermédio da Superintendência de Gestão de Pessoas.

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

- 13.1. A ANAC 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 Superintendente de Administração e Finanças da ANAC.
- 13.3. À Comissão de Fiscalização compete registrar e apurar denúncia dos usuários quanto a qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou no faturamento.

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, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93:
- a) advertência por escrito;
 - b) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (meio por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
 - c) multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
 - d) suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;
 - e) 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.
- 14.2. 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.
- 14.3. As sanções previstas nos subitens “a” e “b” poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens “d” e “e”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

- 14.4. São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Edital de Credenciamento e/ou no Termo de Acordo, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à ANAC, apuradas em processo administrativo.

15. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

- 15.1. 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.

16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 16.1. 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.
- 16.2. 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.
- 16.3. 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.
- 16.4. É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial da União.
- 16.5. Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Especial de Licitação da ANAC, situada no Edifício Parque Cidade Corporate, Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote "C", Torre "A", Sala 301A, Brasília/DF, CEP 70.308-200 ou no endereço eletrônico: licitacao@anac.gov.br.
- 16.6. É facultada à Comissão Especial de Licitação 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.
- 16.7. O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste Edital será o local da realização do certame.

18.7 - Constituem partes integrantes deste Edital:

- a) Anexo I - Termo de Referência;
- b) Anexo II - Modelo de Declaração de Fatos Impeditivos;
- c) Anexo III – Modelo de Declaração do Trabalho do Menor;
- d) Anexo IV – Minuta de Termo de Acordo.

Brasília/DF, em 6 de outubro de 2016.

Gisele Aparecida Goncalves de Oliveira
Presidente da Comissão Especial de Licitação

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. Item 1 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais e 1 (uma) regional, registradas na ANS na modalidade coletivo empresarial, 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 Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pelo fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, Lei 9.656/98, nas Resoluções Normativas nº 387, de 21 de outubro de 2015, nº 195, de 14 de junho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 167, de 09 de janeiro de 2008 e nº 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.

1.2. Item 2 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.3. A(s) administradora(s) de benefícios credenciada(s) poderá(ão), durante a vigência do Termo de Acordo, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica e/ou odontológica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.

2. DA JUSTIFICATIVA

2.1. Proporcionar aos servidores, seus dependentes e pensionistas condições para manutenção da saúde física e mental;

2.2. Em 12/10/2010 foi publicada a Portaria Normativa nº 5, de 11/10/2010, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SRH/MP) - Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor ativo, inativo, seus dependentes e pensionistas e dá outras providências;

2.3. Dentre as possibilidades trazidas pela citada Portaria, a contratação de operadora de planos de saúde e odontológico apresenta-se como opção vantajosa ao servidor, pois permite a contratação por

preços menores, decorrente da maior quantidade de beneficiários, e possibilita melhor gestão por parte da ANAC quanto à assistência à saúde; e

2.4. Dessa forma, com este Termo pretende-se garantir a prestação de serviços de assistência à saúde e odontológica dos servidores ativos e inativos da ANAC, seus dependentes e pensionistas.

3. DA CONCEITUAÇÃO

3.1. Para fins deste documento, considera-se:

3.1.1. USUÁRIOS - os inscritos no Programa de Assistência à Saúde, na condição de beneficiários titulares, dependentes e pensionistas.

3.1.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores ativos e aposentados, os ocupantes de cargo ou função de direção ou chefia, os ocupantes de cargo de Natureza Especial, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados e os pensionistas da Agência Nacional de Aviação Civil.

3.1.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.

3.1.4. PENSIONISTA – beneficiário de pensão de instituidores de pensão, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Termo de Referência.

3.1.5. AGREGADO – membro do grupo familiar do beneficiário titular, que não atende à condição de dependente, na forma estabelecida no item 6.1.1.2 deste Termo de Referência.

3.1.6. MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - O valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato da adesão do beneficiário titular.

3.1.7. AUXÍLIO INDENIZATÓRIO – valor devido ao beneficiário titular, para custeio parcial de seu benefício e de seus dependentes, mediante ressarcimento consignado no contracheque do mês subsequente à apresentação pelo servidor do comprovante de pagamento do plano de saúde.

3.1.8. REDE CREDENCIADA – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

3.1.9. ABRANGÊNCIA DA REDE – localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica da Agência Nacional de Aviação Civil, em todo o território nacional, ou a critério do servidor na forma disciplinada neste Termo de Referência.

3.1.10. 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 Agência Nacional de Aviação Civil celebrará Acordo de Cooperação Técnica devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar, onde ofertará, no mínimo 2 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde nacionais e 1 (uma) regional.

3.1.11. 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 Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998, pela Resolução Normativa nº 338, de 21/10/2013, 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.

3.1.12. TIPOS DE PLANOS – A Administradora deverá oferecer plano de saúde na modalidade com e/ou sem co-participação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia.

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

3.1.14. PLANO ESPECIAL – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante conforme item 10.1.2 do Termo de Referência da Portaria Normativa SRH/MP nº 5/2010.

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

3.1.16. REMOÇÃO - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 259/2011, para garantir os prazos máximos de atendimento.

3.1.17. TERMO DE ADESÃO – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre a Agência Nacional de Aviação Civil e a Administradora de Benefícios.

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

4. DA QUALIFICAÇÃO

4.1. É obrigatório a todas as operadoras que prestam assistência à saúde aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC o oferecimento do plano de referência básico que contemple as regras estabelecidas neste instrumento;

4.2. Entende-se por beneficiário, na condição de titular do plano, o servidor ativo e inativo ou pensionista;

4.3. Somente o servidor, ativo ou inativo, poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes;

4.4. É obrigatória a oferta de outros planos de assistência à saúde, respeitadas as coberturas mínimas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e

4.5. Os planos oferecidos aos beneficiários vinculados aos órgãos do SIPEC caracterizam-se como planos privados coletivos empresariais, que oferecem cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação estatutária, com adesão espontânea e opcional.

5. DOS PRAZOS

5.1. Data de Início: 01/12/2016

5.2. Duração estimada: 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura do Termo de Acordo, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57 da Lei nº 8.666/93.

6. DETALHAMENTO DO OBJETO

6.1. O plano de assistência proposto deverá atender aos requisitos abaixo descritos:

6.1.1. Dos Beneficiários:

6.1.1.1. Como titulares, sem limite de idade:

6.1.1.1.1. Servidores ativos permanentes da ANAC, inclusive os cedidos para outros órgãos;

6.1.1.1.2. Servidores sem vínculo, ocupantes de cargos em comissão;

- 6.1.1.1.3. Servidores requisitados de outros órgãos em efetivo exercício na ANAC;
- 6.1.1.1.4. Servidores em exercício descentralizado de carreira;
- 6.1.1.1.5. Servidores inativos da ANAC; e
- 6.1.1.1.6. Beneficiários de pensão civil.

6.1.1.2. Como dependentes legais:

- 6.1.1.2.1. O cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável;
- 6.1.1.2.2. O companheiro ou a companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- 6.1.1.2.3. A pessoa separada legalmente judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida legalmente judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- 6.1.1.2.4. Os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- 6.1.1.2.5. Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do beneficiário titular e, concomitantemente, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- 6.1.1.2.6. O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto no item 6.1.1.2.5;
- 6.1.1.2.7. Pensionistas de servidores da ANAC;

6.2. A existência do dependente constante nos subitens 6.1.1.2.1 e 6.1.1.2.2 desobriga a assistência à saúde do dependente constante no subitem 6.1.1.2.3;

6.3. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme declaração anual de Imposto de Renda, que constem em seu assentamento funcional, poderá ser inscritos no plano de saúde contratado pela ANAC desde que o valor integral do custeio seja assumido pelo próprio servidor, observados os mesmos valores com ele contratados;

6.4. Os pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, na mesma condição, mediante opção por permanecer como beneficiário do plano a ser efetivada junto à SGP;

6.5. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor; e

6.6. A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde e odontológico, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o titular, desde que assumam integralmente o respectivo custeio dos valores do Plano para Agregados (que terá valor independente do plano para os titulares e dependentes).

7. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

7.1. A inclusão e a exclusão do servidores ativos, inativos e de seus dependentes, e dos pensionistas será facultativa e far-se-á a pedido, mediante manifestação expressa perante a Administradora do plano de assistência à saúde. junto à Gerência de Gestão de Pessoas da ANAC;

7.2. É voluntária a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência;

7.3. Os servidores que já estiverem em exercício na ANAC, na data da celebração do contrato, disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da data de contratação, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, ficando isentos de carência, para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 10.12;

7.4. Os servidores que ingressarem na ANAC após a data da celebração do contrato, disporão do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 10.12;

7.5. Os pensionistas que adquirirem essa condição após a data da celebração do contrato, disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data da habilitação, para solicitarem a sua inclusão, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 10.12;

7.6. Os servidores ativos, incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, não serão excluídos ao passarem à inatividade, salvo se solicitarem expressamente a sua exclusão, o que implicará exclusão também dos seus dependentes; e

7.7. Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor (por casamento, nascimento, adoção, guarda ou reconhecimento de paternidade) terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, após o fato gerador, para serem incluídos no plano de assistência médico-hospitalar, sob pena do cumprimento das carências previstas no subitem 10.12.

7.8. É assegurada a inclusão:

7.8.1. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do servidor ativo ou inativo, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento;

7.8.2. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, ativo ou inativo, adotante;

7.9. Fica sujeita às carências previstas a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada pelo servidor, ou por perda da condição de dependente, salvo quando solicitada a inclusão, pelo servidor, até 30 (trinta) dias após a perda da condição de dependente;

7.10. Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde, custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes da União;

7.11. Durante o prazo estabelecido a inclusão dos beneficiários deverá ocorrer em até 24 horas após o pedido coletado pela credenciada ou encaminhado pela Gerência de Administração de Pessoas; e

7.12. Após o prazo estabelecido as inscrições deverão ser encaminhadas pela ANAC à Credenciada até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no primeiro dia útil do mês seguinte.

8. DA EXCLUSÃO

8.1. As exclusões de usuários do plano de assistência médico-hospitalar serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Gerência de Gestão de Pessoas. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da credenciada;

8.2. A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus dependentes; e

8.3. A exclusão do titular e demais beneficiários a ele vinculados, bem como dos pensionistas do plano de assistência à saúde dar-se-á pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, a partir do primeiro dia do mês subsequente à comunicação à credenciada, da publicação do ato oficial que estabelecer a sua nova condição, quando couber, nas seguintes hipóteses:

8.3.1. exoneração ou demissão;

8.3.2. redistribuição;

8.3.3. cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

8.3.4. cancelamento voluntário da inscrição, solicitado pelo titular;

8.3.5. falecimento;

8.3.6. deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano, observado o disposto no art. 30 da Lei 9.656/98;

8.3.7. quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas nos itens 3.1.3 ou de agregado estabelecida no 3.1.5; e

8.3.8. fraude ou inadimplência.

8.4. É da responsabilidade do servidor solicitar, formalmente, à Gerência de Administração de Pessoas, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência;

8.5. Na hipótese de vacância e de falecimento do titular, dependente ou agregado a cobrança da mensalidade será efetuada de forma proporcional até o dia do evento;

8.6. O servidor excluído será responsável pela devolução imediata de sua identificação, bem como da de seus dependentes, à Superintendência de Gestão de Pessoa;

8.7. É facultado aos servidores ocupantes de cargos de natureza especial e de cargos comissionados, exonerados a pedido, ex-offício, ou demitidos, nos termos do art. 30 da Lei 9.656/1998 e da Resolução Cômulo de nº. 20/1993, manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional, desde que assumam integralmente o respectivo custeio;

8.8. A situação exposta no subitem 8.7 é extensiva a todos os dependentes inscritos quando da vigência do vínculo funcional;

8.9. No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou em caso de suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor ativo ou inativo será excluído, juntamente com os demais beneficiários a ele vinculados, do plano de assistência à saúde, podendo optar por permanecer no plano de saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no artigo 183, § 3º, da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006; e

8.10. As hipóteses abaixo discriminadas constituem exclusões, as quais terão o pagamento da mensalidade efetuado até a data da comunicação do evento pelo servidor:

8.10.1. separação judicial ou divórcio;

8.10.2. cancelamento de união estável;

8.11. Caberá ao servidor entregar à Gerência de Administração de Pessoas formulário de exclusão;

8.12. A não observância do item anterior desobriga a Credenciada de efetuar a exclusão retroativa, devendo o servidor arcar com os valores devidos;

8.13. No caso dos dependentes legais, filhos ou enteados, que porventura percam a condição de estudante por ocasião do término da faculdade ou quando completarem 24 anos, a exclusão ou transferência para a condição de dependente especial será efetuada no mês subsequente ao da data do evento; e

8.14. Quando houver mudança na faixa etária do beneficiário dependente especial que implique em aumento na mensalidade, a majoração vigorará a partir do mês subsequente ao da data de aniversário do dependente.

9. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

9.1. Os beneficiários (titulares, dependentes) receberão gratuitamente 1ª via da carteira de identificação personalizada a ser fornecida pela Credenciada que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos;

9.2. Em caso de extravio da carteira de identificação, exceto por roubo, furto, incêndio ou enchente, devidamente comprovados, o custo da emissão de nova carteira, quando houver, será assumido integralmente pelo beneficiário junto à credenciada;

- 9.3. Em caso de extravio da carteira de identificação, o beneficiário se exime da responsabilidade de ressarcir os prejuízos causados, após a comunicação formal do evento à credenciada e à ANAC; e
- 9.4. Quaisquer prejuízos causados pelo uso indevido da carteira de identificação durante o período em que permanecer cadastrado e após a vigência de sua exclusão serão única e exclusivamente do beneficiário, o qual ressarcirá à credenciada por meio da ANAC;
- 9.5. O quadro estimado de titulares e dependentes, segue detalhado no Anexo I-A deste Termo de Referência.
- 9.6. Para o cálculo do quantitativo considerou-se o quadro de servidores da Agência distribuído, proporcionalmente e por faixa etária e por unidade federativa, de acordo com o número atual de titulares e dependentes.

10. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1. Modalidades dos serviços:

10.1.1. **Plano básico para Titulares e Dependentes:** a operadora deverá apresentar proposta para cobertura, em todo o território nacional, dos serviços especificados neste termo de referência com acomodação em enfermaria e com atendimento eletivo e de urgência/emergência para os titulares e dependentes;

10.1.2. **Plano especial:** a operadora deverá apresentar proposta optativa que contemple todas as coberturas dos planos básicos (para titulares/dependentes), porém com internação hospitalar em apartamento individual com banheiro privativo, agregando um número pelo menos 15% (quinze por cento) maior de médicos, laboratórios, clínicas e hospitais do que o apresentado para o plano básico;

10.1.3. A operadora poderá apresentar planos com cobertura superior à dos planos especificados nos subitens anteriores; e

10.1.4. **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.

10.2. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:

10.2.1. usuários inscritos na forma descrita nos itens 7.3, 7.4 e 7.5;

10.2.2. situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à empresa contratada; e

10.2.3. consultas médicas.

10.3. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:

10.3.1. 30 (trinta) dias para exames clínicos e patológicos;

10.3.2. 60 (sessenta) dias para demais exames e tratamentos;

10.3.3. 90 (noventa) dias para internações hospitalares; e

10.3.4. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

10.4. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do seu retorno; e

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

10.6. As transferências entre planos deverão seguir as seguintes condições:

- 10.6.1. A Credenciada admitirá a transferência de beneficiário de um plano de custo menor para outro de custo maior e de um custo maior para outro de custo menor, desde que o referido beneficiário se responsabilize pelo pagamento da diferença existente entre um plano e o outro e que ocorra na data do aniversário do contrato.
- 10.6.2. O beneficiário inscrito em um plano de custo maior ou para ele transferido fica obrigado a permanecer nesse plano por um ano a contar da data da sua inscrição ou transferência.
- 10.7. A transferência de plano da mesma operadora deverá observar os seguintes critérios:
- 10.7.1. Para o plano superior (quarto privativo) fica garantida a cobertura do plano inferior até o cumprimento da carência; e
- 10.7.2. Para o plano inferior (quarto coletivo) 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.
- 10.8. As operadoras de planos de saúde credenciadas pela Administradora de Benefício deverão declarar que anualmente, no aniversário do Termo de Acordo os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com a Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC, 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; e
 - c) que inexistia situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.
- 10.9. Modalidades dos serviços odontológicos:
- 10.9.1. **Plano Básico para Titulares e Dependentes:** a operadora deverá apresentar proposta para cobertura, em todo o território nacional, dos serviços especificados neste termo de referência de urgência/emergência para os titulares e dependentes.
- 10.10. A operadora poderá apresentar planos com cobertura superior à dos planos especificados nos subitens anteriores.
- 10.11. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios:
- 10.11.1. usuários inscritos na forma descrita nos itens 7.3, 7.4 e 7.5;
 - 10.11.2. situações de urgência ou emergência, desde que ocorram após a solicitação formal de inclusão do beneficiário à empresa contratada; e
 - 10.11.3. consultas odontológicas.
- 10.12. Para os pedidos de inclusão efetuados após o prazo estabelecido, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências, específicas para os serviços:
- 10.12.1. 24 (vinte e quatro) horas – atendimento de emergência;
 - 10.12.2. 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;
 - 10.12.3. 90 (noventa) dias para dentística restauradora e odontopediatria;
 - 10.12.4. 120 (cento e vinte) dias para cirurgia oral menor; e
 - 10.12.5. 180 (cento e oitenta) dias - Endodontia e Periodontia.
- 10.13. Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência o servidor em licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, quando solicitar sua inscrição, e as dos seus dependentes, no prazo de 30 dias contados da data do seu retorno; e

10.14. Fica assegurado aos dependentes dos beneficiários titulares entre 21 e 24 anos de idade, que porventura percam a condição de estudante, o direito de, ao readquiri-la, retornar à situação de beneficiário dependente, sem o período de carência previsto neste edital.

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. A operadora cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente e futuras alterações; e

11.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observados os seguintes serviços, sem prejuízo do disposto no item 11.1:

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

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

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

11.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como emergência, urgência, e de planejamento familiar, e inclui, sem prejuízo do disposto no item 11.1:

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

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

11.3.3. diária de internação hospitalar;

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

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

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

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

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

11.3.9. cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

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

11.3.11. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

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

11.3.13. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

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

11.3.14.1. as despesas assistenciais com doadores vivos;

11.3.14.2. os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

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

11.5. 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; e

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

12. COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS NOS PLANOS ODONTOLÓGICOS

12.1. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 211, de 11/01/2010, da ANS para a segmentação odontológica;

12.2. Os procedimentos buço-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; e

12.3. 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 Resolução Normativa nº 387, de 28/10/2015, para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

13. EXCLUSÕES DE COBERTURA

13.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº. 9.656/1998 e nas resoluções do CÔNSU, respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, sendo excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de:

13.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

13.1.4. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

13.1.5. inseminação artificial;

- 13.1.6. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 13.1.7. tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 13.1.8. transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constante do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 13.1.9. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 13.1.10. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 13.1.11. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico indicado;
- 13.1.12. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 13.1.13. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 13.1.14. aplicação de vacinas preventivas;
- 13.1.15. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 13.1.16. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 13.1.17. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 13.1.18. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 13.1.19. consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

14. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 14.1. considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação; e
- 14.2. considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 14.3. 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:
 - 14.3.1. o plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação; e
 - 14.3.2. caberá a operadora 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 a continuidade do atendimento.
- 14.4. para os serviços odontológicos, considera-se atendimento de Emergência todo atendimento que não configure passo intermediário e/ou final de tratamento; e
- 14.5. o ônus decorrente de falta à consulta odontológica será de responsabilidade exclusiva do usuário;
- 14.6. São considerados procedimentos de emergência:
 - 14.6.1. sedação da dor;

- 14.6.2. curativo pós-operatórios;
- 14.6.3. hemorragia;
- 14.6.4. sutura;
- 14.6.5. pulpotomia;
- 14.6.6. pulpectomia;
- 14.6.7. drenagem de abscesso via intra-oral ou extra-oral;
- 14.6.8. alveolite;
- 14.6.9. recolocação de prótese; e
- 14.6.10. exodontia simples.

15. REEMBOLSO DE DESPESAS

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

- 15.1.1. 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;
- 15.1.2. se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- 15.1.3. quando houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

15.2. o reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido no contrato.

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

- 15.3.1. conta discriminada das despesas, incluindo relação de 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;
- 15.3.2. recibos de pagamento dos honorários médicos;
- 15.3.3. relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
- 15.3.4. laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

15.4. para fins de reembolso, o servidor ativo ou inativo e o pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso; e

15.5. fica expressamente vedado o pagamento de qualquer sobretaxa em relação à tabela de remuneração adotada.

16. REMOÇÃO

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

16.2. 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:

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

16.2.2. a operadora deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e

16.2.3. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

17. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos e odontólogos ou instituições relacionados na rede de serviço da operadora e, 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 credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor;

17.2. o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será pelo beneficiário diretamente à Administradora credenciada;

17.3. no ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde;

17.4. a operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados;

17.5. nos casos em que a operadora 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;

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

17.7. 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;

17.8. a operadora reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998;

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

17.10. na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de algum 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;

17.11. no caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS e comunicar à ANAC, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

17.12. na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela credenciada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital;

17.13. a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades 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; e

17.14. a operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

18. REDE CREDENCIADA

18.1. as operadoras disponibilizadas pelas Administradoras deverão oferecer rede credenciada de Assistência Odontológica e Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do plano, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos).

18.2. As operadoras deverão ter credenciada nas cidades do Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, São José dos Campos/SP, e Brasília/DF no mínimo 3 (três) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) pronto socorro;
- b) UTI;
- c) internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais; e
- d) procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

18.3. as operadoras deverão ter rede credenciada nas cidades nas cidades de Belo Horizonte/MG, Porto Alegre/RS, Recife/PE, e Salvador/BA, no mínimo, em 2 (dois) hospitais gerais de natureza multidisciplinar que tenham em sua infraestrutura:

- a) pronto socorro;
- b) UTI;
- c) internações em enfermaria e/ou apartamentos individuais; e
- d) procedimentos Médicos/Serviços Auxiliares para Cirurgias.

18.4. as operadoras deverão ter credenciados nas cidades nas cidades de Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, São Jose dos Campos/SP, Belo Horizonte/MG, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Salvador/BA, no mínimo, em 2 (dois) laboratórios que realizem serviços nas especialidades de Análise Clínicas/Patologia Clínica; e

18.5. a Administradora de Benefícios deverá manter, nas dependências da Agências nas cidades do Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, São Jose dos Campos/SP, e Brasília/DF, durante a vigência do Termo de Acordo, posto de apoio de atendimento de apoio aos servidores, inativos e pensionistas, o referido posto deverá ser disponibilizado, visando facilitar a coleta das propostas de adesões.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. serão assegurados os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as pré-existent, as congênitas, as infectocontagiosas, 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, respeitadas as situações de cobertura parcial temporária na forma prevista na legislação (RN 16/2007);

19.3. a credenciada deverá possuir, na data de assinatura do contrato, a facilidade de um serviço de discagem direta gratuita (DDG) disponível 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

19.4. as exclusões de usuários do plano de assistência médico-hospitalar serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Gerência de Gestão de Pessoas. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da credenciada;

19.5. a operadora realizará os descontos dos valores dos planos dos beneficiários via Siape (de acordo com convênio com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão) e responsabilizar-se-á pela cobrança de valores que não foram descontados por motivo de falta de margem consignável;

19.6. trimestralmente, a credenciada deverá apresentar relatórios gerenciais com informações dos principais tipos de uso, evolução da sinistralidade, inclusões, mudanças e exclusões do plano; e

19.7. os casos omissos serão dirimidos pela Gerência de Gestão de Pessoas, em conjunto com a credenciada.

20. REFERÊNCIA NORMATIVA

20.1. A contratação dos serviços de assistência médico-hospitalar será regida por:

20.1.1. Constituição Federal, de 05/10/1988;

20.1.2. Lei nº 8.666, de 21/06/1993, e alterações posteriores;

20.1.3. Lei nº 9.656, de 03/06/1998, e alterações posteriores;

20.1.4. Lei nº 6.839, de 30/10/1980;

20.1.5. Lei nº 8.112, de 11/12/1990, e alterações posteriores;

20.1.6. Lei nº 8.078/90, de 11/09/1990, e alterações posteriores;

20.1.7. Decreto nº 4.978/2004;

20.1.8. Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde;

20.1.9. Portaria normativa SRH/MP nº 05 de 11/10/2010;

20.1.10. Legislação complementar; e

20.1.11. Portaria nº 8, de 13/01/2016.

21. DAS OBRIGAÇÕES

21.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

21.1.1. disponibilizar aos Beneficiários da Agência Nacional de Aviação Civil, no mínimo 2 (dois) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS que disponibilizem cobertura nacional e 1 (uma) regional.

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

21.1.3. realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários da Agência Nacional de Aviação Civil;

21.1.4. orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas na legislação de Saúde Suplementar e as do Termo de Acordo;

- 21.1.5. exigir dos beneficiários documento que comprove seu vínculo junto a Agência Nacional de Aviação Civil, e, dos dependentes, comprovantes de sua dependência;
- 21.1.6. efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 21.1.7. assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, impedindo a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 21.1.8. efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 21.1.9. efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 21.1.10. apresentar, mensalmente, até o 10º dia útil, comprovante de quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de planos de saúde, visando à prestação de contas da alínea “I”;
- 21.1.11. informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora;
- 21.1.12. elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- 21.1.13. executar, quando solicitado pela Agência Nacional de Aviação Civil, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para a Agência Nacional de Aviação Civil;
- 21.1.14. intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos;
- 21.1.15. disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- 21.1.16. comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- 21.1.17. proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM, observando o que dispõe a RN ANS 255/2011;
- 21.1.18. comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- 21.1.19. enviar relatório de comprovação de pagamento dos beneficiários, para fins de ressarcimento, previsto na Portaria nº 8, de 13/01/2016, conforme modelo definido pela Agência Nacional de Aviação Civil, em Excel.
- 21.1.20. encaminhar, anualmente, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.
- 21.1.21. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela 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.

22. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

22.1. os serviços deverão abranger, no mínimo, os itens descritos no item 11 deste termo, onde consta o detalhamento das obrigações da credenciada.

22.2. constituem-se obrigações da credenciada:

22.2.1. prestar atendimento nas instalações da ANAC para coleta das propostas de adesão aos planos, dos prováveis usuários, durante 60 (sessenta) dias, após a assinatura do contrato. Durante esse período a credenciada deverá fornecer à Gerência de Administração de Pessoas diariamente cópia de cada formulário de adesão.;

22.2.2. fornecer à ANAC, sem qualquer custo adicional, carteira de identificação individualmente para cada beneficiário, com prazo de validade igual ao da duração do contrato, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir da data de assinatura do contrato, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de inclusão no plano, para os beneficiários cadastrados posteriormente; e

22.2.3. disponibilizar para entrega imediata ao beneficiário, devidamente identificado, a segunda via do cartão de identificação, sem qualquer ônus adicional, em casos de perda, roubo, retificação ou desmagnetização do cartão do beneficiário.

22.2.4. garantir a continuidade dos serviços que vinham sendo prestados pela anterior credenciada, aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar/domiciliar quando da assinatura do contrato, cuja interrupção venha a prejudicar sua recuperação, observando as seguintes hipóteses:

22.2.4.1. pacientes passíveis de remoção (com base em parecer de médico especialista): serão transferidos para estabelecimentos credenciados à nova Credenciada;

22.2.4.2. pacientes com impossibilidade de remoção: caberá à nova Credenciada o custeio integral até o final do tratamento ou até que seja possível a transferência do usuário para um hospital credenciado;

22.2.4.3. pacientes em tratamento de patologias graves, incluindo neoplasia maligna e outros em que a mudança do médico assistente importe grave dano ao paciente: haverá o custeio integral do tratamento pela nova Credenciada até o seu encerramento, inclusive quanto aos honorários médicos; e

22.2.4.4. pacientes em uso de equipamentos domiciliares: caberá à nova Credenciada a substituição dos equipamentos por seus próprios, desde que semelhantes ou superiores, ou, ainda, o custeio integral da manutenção dos instalados.

22.2.5. Designar um funcionário responsável pelo relacionamento com a ANAC;

22.2.6. enviar, até o quinto dia útil, Relação Mensal Detalhada dos Beneficiários, ou seja, relação detalhada e nominal de beneficiários titulares e dependentes, por meio eletrônico em arquivo tipo planilha Excel, contendo em destacado as movimentações (inclusões, exclusões, mudança de faixa etária, etc.) ocorridas no período;

22.2.7. enviar até o quinto dia útil, Relação Mensal dos Beneficiários, nominal de pagamento dos titulares e dependentes por meio eletrônico em arquivo tipo Excel, conforme definido pela ANAC;

- 22.2.8. realizar os lançamentos dos valores da cota parte a ser descontada do servidor via Sistema de Administração de Pessoal Civil - SIAPE – disponibilizado por meio de convênio com a Secretaria de Gestão Pública, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, nos termos da Portaria Normativa SRH/MP nº 08 de 13/01/2016;
- 22.2.9. solicitar ao beneficiário, diretamente, informações necessárias à complementação administrativa do procedimento de reembolso, cuja efetivação se dará em 30 dias, por meio de depósito em conta corrente do beneficiário, a partir da apresentação da solicitação do ressarcimento, da nota fiscal das despesas hospitalares e recibo de honorários médicos;
- 22.2.10. atualizar mensalmente na sua página web a relação dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços credenciados e notificar de forma imediata à ANAC as alterações na sua rede credenciada;
- 22.2.11. comunicar à ANAC a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato;
- 22.2.12. incluir beneficiários na condição de titulares, dependentes, considerando as distinções de tabelas de preços, para o plano para titulares/dependentes;
- 22.2.13. manter ativa, durante a vigência do contrato, quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos;
- 22.2.14. a Credenciada deverá comunicar à ANAC, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- 22.2.15. nos casos de descredenciamento, a Credenciada deverá garantir aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar a continuidade dos serviços prestados;
- 22.2.16. manter, durante toda a execução do contrato, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- 22.2.17. assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços;
- 22.2.18. disponibilizar os equipamentos e/ou infraestrutura necessários para prestação dos serviços relacionados;
- 22.2.19. atender, de imediato, às solicitações quanto às substituições de empregados, considerados pela ANAC como inadequados para a prestação dos serviços;
- 22.2.20. providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pela ANAC;
- 22.2.21. responder pelas despesas de encargos trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, decorrentes da execução deste contrato;
- 22.2.22. manter controle dos dependentes que perderão essa condição em decorrência de idade, notificando a ANAC com um mês de antecedência à exclusão;
- 22.2.23. prestar diretamente os serviços contratados, não sendo permitida a subcontratação, sob qualquer pretexto ou alegação;
- 22.2.24. a Credenciada deverá apresentar, no ato de assinatura do Termo de Acordo, a lista dos procedimentos para os quais será exigida autorização prévia das operadoras e a tabela de reembolso;
- 22.2.25. as autorizações ou justificativas dos indeferimentos das mesmas deverão obedecer ao prazo máximo de 12 (doze) horas do respectivo pedido, ressalvadas as situações

de urgências e emergências, nas quais deverão ser imediatamente autorizadas, para posterior discussão ou ressarcimento;

22.2.26. assegurar aos beneficiários autorização para procedimentos de forma ágil, através de “fax”, telefone ou internet/senha eletrônica;

22.2.27. assumir a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados quando da execução objeto deste contrato ou em conexão com ele, ainda que acontecido em dependência da ANAC;

22.2.28. assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, civil ou penal, relacionadas à execução do contrato, originalmente ou vinculada por prevenção, conexão ou continência;

22.2.29. a Credenciada deverá sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 24 horas após ter sido comunicada; e

22.3. a Credenciada, quando questionada a respeito do Contrato deverá responder, impreterivelmente, em 5 dias úteis, sob pena de advertência.

22.4. São obrigações das operadoras:

22.4.1. Caberá às Operadoras contratadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº. 337, de 21 de outubro de 2015; da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e demais normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

22.4.2. 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;

22.4.3. 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.

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

22.4.5. 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 planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:

22.4.6. 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;

22.4.7. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

22.4.10. zelar pela boa e fiel execução dos serviços ora contratados;

22.4.11. não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados durante a vigência da prestação de serviços;

22.4.12. fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa 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;

22.4.13. fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa 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);

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

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

22.4.16. deverá possuir a facilidade “disque 24 horas”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários;

23. DAS OBRIGAÇÕES DA ANAC

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

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

23.3. permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências das sedes da Agência Nacional de Aviação Civil, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;

23.4. prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela credenciada;

23.5. relacionar, após a assinatura do contrato, os beneficiários de cada plano, cujos titulares deverão manifestar sua opção no prazo de 60 (sessenta) dias após a celebração do contrato;

23.6. efetuar cadastramento dos dependentes no SIAPE, sendo que os responsáveis respondem civil, penal e administrativamente pelo fornecimento de dados falsos;

23.7. informar à credenciada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), qualquer inclusão ou exclusão de beneficiários;

23.8. notificar à credenciada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), os beneficiários que, por qualquer motivo, deixarem de possuir direito ao atendimento médico prestado pela empresa, ficando resguardado, contudo, o atendimento até o último dia da cobertura cujo pagamento já tenha sido realizado;

23.9. comunicar à credenciada a exclusão de beneficiários em virtude de óbito, separação, divórcio, mudança de estado civil, retorno ao órgão ou entidade de origem, maioridade do filho (a) e mudança de país;

23.10. informar falhas e ocorrências detectadas à Credenciada com vistas à adoção das medidas que se façam necessárias;

23.11. efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica credenciada, devendo comunicar à credenciada, por escrito, através de ofício ou comunicação por correio eletrônico (e-mail), toda e qualquer irregularidade observada; e

23.12. acompanhar e fiscalizar a execução dos Termos de Acordos, adotando as providências necessárias para seu fiel cumprimento.

24. DO GESTOR DO CONTRATO

24.1. caberá a gestão do contrato à Gerência de Administração de Pessoas da ANAC, por intermédio de servidor designado, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666/93.

Brasília- DF, 06 de agosto de 2016.

EDUARDO BORBA CHAFFIN JUNIOR
Superintendente de Gestão de Pessoas, Substituto

ANEXO I - A

Quadro de Identificação dos Beneficiários																						
Faixa Etária	AM	AP	BA	CE	DF	ES	MG	MS	MT	PA	PE	PR	RJ	RN	RO	RS	SC	SP	Titulares		Quantidade	
																			Masc.	Fem.	Ativos	Inativos
00 a 18 anos	0	0	3	5	363	1	14	5	1	4	21	8	178	3	1	23	0	169	0	0	0	0
19 a 23 anos	0	0	0	1	47	3	0	0	0	0	0	2	29	0	0	8	0	15	2	3	5	0
24 a 28 anos	1	0	0	0	83	0	1	0	0	0	1	2	43	0	0	2	0	19	41	22	63	0
29 a 33 anos	1	0	6	2	253	0	7	0	1	0	7	3	95	2	0	7	0	84	233	66	299	0
34 a 38 anos	0	0	1	3	236	0	10	4	1	3	12	13	111	0	2	10	0	125	277	76	353	0
39 a 43 anos	1	0	2	4	162	0	4	0	0	3	7	1	71	2	0	13	0	77	168	56	224	0
44 a 48 anos	0	0	3	1	104	1	2	1	0	1	7	2	60	0	0	14	0	40	121	37	157	1
49 a 53 anos	0	0	0	2	74	4	2	1	0	1	3	3	64	0	0	15	0	35	106	41	145	2
54 a 58 anos	3	0	0	0	55	2	5	0	0	3	8	4	82	0	0	7	1	22	90	37	117	10
59 ou mais	3	2	1	0	223	2	7	0	0	1	18	4	127	2	0	23	1	51	121	69	110	80
TOTAL	9	2	16	18	1600	13	52	11	3	16	84	42	860	9	3	122	2	637	1159	407	1473	93

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

(Modelo)

(em papel timbrado da empresa)

Ref.: Edital de Credenciamento nº __/2016 da Agência Nacional de Aviação Civil

___, inscrito(a) no CNPJ nº ___, por intermédio de seu representante legal, Sr(a) ___, portador(a) da Carteira de Identidade nº ___ e do CPF nº ___, **DECLARA**, que não tem contra si fatos impeditivos para sua habilitação ou que desabonem sua conduta, comprometendo-se a informar eventuais e futuras ocorrências nesse sentido, sob as penas da lei.

Local e data.

—

(Representante legal)

ANEXO III
DECLARAÇÃO DO TRABALHO DO MENOR
(Modelo)

(em papel timbrado da empresa)

Ref.: Edital de Credenciamento nº __/2016 da Agência Nacional de Aviação Civil

___, inscrito(a) no CNPJ nº ___, por intermédio de seu representante legal, Sr(a) ___, portador(a) da Carteira de Identidade nº ___ e do CPF nº ___, **DECLARA**, para fim de atendimento do dispositivo 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, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e (assinalar com “X”, conforme o caso):

- () não emprega menor de dezesseis anos.
- () emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

Local e data.

(Representante legal)

ANEXO IV

MINUTA – TERMO DE ACORDO

Processo: 00058.064957/2016-94

TERMO DE ACORDO Nº ___/2016

TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DA AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC, E A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ___ PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E/OU ODONTOLÓGICA SUPLEMENTAR AOS SERVIDORES ATIVOS E INATIVOS, DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO, NA FORMA ABAIXO:

A **AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL (ANAC)**, com sede no Setor Comercial Sul, Quadra 9, Lote “C”, Edifício Parque Cidade Corporate, Torre “A”, em Brasília/DF, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 07.947.821/0001-89, doravante denominado simplesmente ANAC, neste ato representado por seu Superintendente de Administração e Finanças, Sr. ___, portador do RG nº ___, expedido pelo ___ e do CPF nº ___, nomeado pelo Decreto de ___/___/___, publicado no Diário Oficial da União nº ___, de ___/___/___, Seção ___, Página ___, no uso das atribuições constantes da Resolução nº 110, de 15/09/2009 e alterações e a Instrução Normativa ANAC nº 29, de 17/03/2009, e a empresa ___, inscrita no CNPJ nº ___, doravante denominada CREDENCIADA, situada na ___, nº ___, Bairro ___, Município/Estado ___, CEP ___, representada neste ato pelo seu(a) Representante(a), Sr.(a) ___, portador(a) do RG nº ___, expedido por ___ e do CPF nº ___, tendo em vista o que consta no Processo nº 00058.064957/2016-94, celebram o presente Termo de Acordo, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na forma e condições a seguir:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

- 1.1. Item 1 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras de Planos de Saúde nacionais e 1 (uma) regional, registradas na ANS na modalidade coletivo empresarial, 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 Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, e através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros profissionais ou instituições.
- 1.2. Item 2 - Credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar planos de assistência odontológica de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Planos Odontológicos, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência odontológica de acordo com as coberturas previstas no Rol de Procedimentos da

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aos servidores da Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura na área geográfica de abrangência da Autarquia, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional.

1.3.A(s) administradora(s) de benefícios credenciada(s) poderá(ão), durante a vigência do Termo de Acordo, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica e/ou odontológica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.

1.4.Este instrumento de Acordo e seu Anexo guardam inteira conformidade com os termos do Edital de Credenciamento nº __/____, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1.As obrigações da Anac e da Credenciada são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo ao Edital.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1.Os Beneficiários são aqueles previstos no Termo de Referência, anexo ao Edital.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS SANÇÕES

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

- f) advertência por escrito;
- g) multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (meio por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- h) multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;
- i) suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de 1 (um) ano, justificada pela Comissão de Fiscalização;
- j) 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.

4.2.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.

4.3.As sanções previstas nos subitens “a” e “b” poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens “d” e “e”, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

4.4.São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Edital de Credenciamento, no Termo de Acordo, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação à ANAC, apuradas em processo administrativo.

5. CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

- 5.1.O presente Acordo terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da assinatura deste Termo de Acordo, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57 da Lei nº 8.666/93.
- 5.2.Respeitadas as disposições da legislação em vigor, os preços contratuais pactuados com os beneficiários poderão ser objeto de reajuste, cumulativamente, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como com a da taxa de sinistralidade, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato, quanto à referida taxa ultrapassar 70% (setenta por cento).
- 5.3.Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e a ANAC, por intermédio da Superintendência de Gestão de Pessoas.

6. CLÁUSULA SEXTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

- 6.1.Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes da ANAC, 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.
- 6.2.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.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – RESCISÃO

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

8. CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

- 8.1.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.

9. CLÁUSULA NONA– DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1.O presente Acordo é aceito pela ANAC em caráter de não exclusividade, sendo dispensado a previsão de disponibilidade orçamentária em função de não existir desembolso de recursos públicos, conforme Portaria Normativa SHR nº 05/2010.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

- 10.1. O Foro para solucionar os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Acordo será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.
- 10.2. 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 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL – ANAC
Superintendente de Administração e Finanças

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS-ESTIPULANTE