



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE E MUDANÇA DO CLIMA
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS

EQSW 103/104, Bloco C, Complexo Administrativo, - Bairro Sudoeste - Brasília - CEP 70670350

Telefone: (061) 20289166

Estudo Técnico Preliminar

1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

1.1. Este Estudo Técnico Preliminar (ETP) digital está registrado no Portal de Compras do Governo Federal e no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio).

2. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

2.1. O presente estudo tem por finalidade ampliar as opções de assistência à saúde oferecidas aos beneficiários deste Instituto, por meio do credenciamento de empresas para atuar como Administradoras de Benefícios. O intuito é viabilizar a disponibilização de planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar, garantindo, no mínimo, duas operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2.2. Esses planos devem contemplar a prestação de serviços médicos ambulatoriais e hospitalares, incluindo assistência fisioterápica, psicológica e farmacêutica durante a internação, abrangendo partos e tratamentos realizados exclusivamente em território nacional. O padrão de atendimento deve incluir enfermaria, centro de terapia intensiva ou estrutura equivalente, para o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde. A cobertura será destinada aos servidores do ICMBio, ativos e inativos, bem como aos seus dependentes legais e pensionistas, garantindo atendimento integral nas áreas geográficas de atuação do órgão e assegurando assistência de urgência e emergência em todo o território nacional.

2.3. Adicionalmente, busca-se viabilizar a disponibilização de planos coletivos de assistência odontológica, garantindo, no mínimo, duas operadoras devidamente autorizadas pela ANS. Esses planos serão voltados aos servidores do ICMBio, ativos e inativos, bem como aos seus dependentes legais e pensionistas, assegurando cobertura integral nas áreas geográficas de atuação do órgão e garantindo atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

3. ÁREA REQUISITANTE

Área Requisitante	Responsáveis
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas - CGGP	Carlos Adriano Ferreira Bentes
	Renato Machado de Melo
	Helena Machado Cabral Coimbra Araujo

4. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1. OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

4.2. São obrigações da Administradora de Benefícios:

4.2.1. Apresentar aos Beneficiários do ICMBio, no mínimo 2 (duas) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela ANS com cobertura de âmbito nacional, facultando à Administradora disponibilizar, ainda, quando possível, 1 (uma) operadora com cobertura de âmbito regional no DF e demais unidades da federação de acordo com a viabilidade, e no mínimo 2 (duas) de assistência odontológica devidamente registradas na ANS;

4.2.2. Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

4.2.3. Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do ICMBio;

4.2.4. Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no contrato;

4.2.5. Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao ICMBio e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;

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

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

4.2.8. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;

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

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

4.2.11. Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

4.2.12. Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e Pensionistas;

4.2.13. Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos disponibilizados aos beneficiários deste Instituto;

4.2.14. Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

4.2.15. 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;

4.2.16. As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução Normativa nº 255, de 18 de maio de 2011 da ANS;

4.2.17. As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;

4.2.18. Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, com os seguintes dados:

I - Perfil Demográfico da Carteira;

II - Relatório de sinistralidade;

III - Indicadores sobre a Utilização:

a) Beneficiários;

b) Prestadores.

IV - Casos Crônicos e de Risco:

a) Identificação de casos Crônicos:

b) Descrição das Patologias;

c) Parecer Médico.

V - Monitoramento:

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

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

4.3.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do contrato cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

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

4.3.1.2. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

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

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

I - Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

II - Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

IV - Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.

V - Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

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

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

VIII - Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência à Saúde, Manual de normas e procedimentos no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos), por meio físico ou virtual;

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

X - Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com o item 4.2.18 do item 4.1;

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

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

4.3.2. São obrigações das Operadoras odontológicas:

4.3.2.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do contrato, cumprir os dispositivos da Lei nº 9.656/98 e suas alterações, Resolução Normativa RN Nº 465, de 24 de Fevereiro de 2021 e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

I - Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

II - 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;

III - Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de planos odontológicos contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado, na forma prevista na legislação vigente, pelas operadoras, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

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

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

II - Recibos de pagamento dos honorários;

III - Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento; e

IV - Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.

V - Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;

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

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

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

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

X - Deverá possuir a facilidade “disque 0800 24 horas” para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

4.4. OBRIGAÇÕES DO ICMBio

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

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

c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede do ICMBio, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do contrato;

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

4.5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

4.7. 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.

4.8. A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do contrato, **disque 0800 24 Horas**, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

4.9. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Comissão de Fiscalização, observado o constante do item 5.23. deste Estudo Técnico Preliminar. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

4.10. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art.

17 da Lei nº 9.656, de 1998.

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

4.12. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do servidor.

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

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

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

4.16. 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.

4.17. 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.

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

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

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

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

4.22. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios não se responsabilizarão pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

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

4.24. Fica eleito o Foro da Circunscrição Judiciária da Seção Federal da 1ª Região, Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões relativas ao presente.

5. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

5.1. DA CONCEITUAÇÃO

5.2. Para fins deste documento, considera-se:

5.2.1. USUÁRIOS - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares, dependentes, pensionistas.

5.2.2. BENEFICIÁRIO TITULAR – servidores do ICMBio, ativos, inativos e pensionistas.

5.2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste ETP.

5.2.4. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste ETP.

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

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

5.2.7. REDE CREDENCIADA - Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Plano de Assistência à Saúde por intermédio das operadoras disponibilizadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

5.2.8. ABRANGÊNCIA DA REDE – Localidades em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo ICMBio, na forma disciplinada neste ETP.

5.2.9. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o ICMBio celebrará contrato, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 2 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde.

5.2.10. TIPOS DE PLANOS:

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

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

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

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

5.2.15. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e de assistência odontológica, com cobertura, em todo território nacional, e atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998 de 3 de novembro de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81 de 2001 e Resolução 211 de 11 de janeiro de 2010 e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

5.3. **DOS BENEFICIÁRIOS**

- 5.4. São considerados beneficiários titulares:
- 5.4.1. Os servidores do ICMBio ativos, inativos e pensionistas.
- 5.4.2. São considerados beneficiários dependentes:
- 5.4.3. o cônjuge ou companheiro(a) de união estável;
- 5.4.4. o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- 5.4.5. a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- 5.4.6. os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- 5.4.7. os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- 5.4.8. o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial;
- 5.4.9. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos membros e servidores ativos e inativos, do ICMBio conforme declaração anual de Imposto de Renda, e que constem no seu assentamento funcional, desde que o próprio servidor assuma o valor do custeio, observados os mesmos valores com ele contratados.
- 5.4.10. Administradora de Benefícios poderá admitir a adesão de agregados em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo, desde que assumam integralmente o respectivo custeio.
- 5.4.11. Somente servidor ativo e inativo do ICMBio poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

5.5. **DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO E CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS**

5.5.1. Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente do ICMBio, os ocupantes de cargos de Natureza Especial e de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os requisitados de outros Órgãos Públicos e os beneficiários de pensão, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, realizado mediante resarcimento, por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no Termo de Referência – Anexo, da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

5.5.2. O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício que será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, do comprovante do pagamento do Plano de Saúde, o qual deverá ser obrigatoriamente apresentado à Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas do ICMBio, até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

5.5.3. Quando o beneficiário titular solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde a que estiver vinculado, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou de participação.

5.6. **DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

5.6.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo ICMBio, os servidores ativos e inativos deste Instituto mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.

5.6.2. É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este ETP.

5.6.3. Os servidores ativos e inativos do ICMBio e seus dependentes disporão do **prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde**, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. **Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 5.9.**

5.6.4. Os **Pensionistas disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da assinatura do contrato com a Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde**, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 5.9.

5.6.5. Os **Pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde**, de que trata este ETP, desde que façam a opção por permanecer como beneficiário do plano junto a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas do ICMBio **no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação do ato de concessão da pensão**. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 5.9.

5.6.6. A transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em quarto privativo) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do item 5.9.

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

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

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

5.6.10. Fica sujeita à carência prevista no item 5.9 a reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por servidor ativo ou inativo, integrantes do quadro de pessoal do ICMBio e por beneficiários de pensão.

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

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

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

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

5.6.15. Caberá ao ICMBio a solicitar ao titular para apresentar documentos que comprovem o vínculo dos servidores ativos e inativos deste Instituto, indicando a relação de parentesco consangüíneo ou por afinidade dos dependentes com os servidores, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

5.7. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

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

5.8.2. Ressalvadas as situações previstas no item 5.8 a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo do ICMBio e dos beneficiários de pensão que, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.

5.8.3. É de responsabilidade dos usuários do Plano de Assistência à Saúde do ICMBio solicitar, formalmente, à Coordenação de Gestão de Pessoas do ICMBio e à Administradora de Benefícios, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

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

5.8.5. A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

5.9. DA CARÊNCIA

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

5.11. dos usuários inscritos na forma regulamentada no item 5.6;

5.12. para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos estabelecidos no item 5.6, deverão ser cumpridas, no máximo, as seguintes carências:

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

5.13. DA PORTABILIDADE

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

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

5.15. Os servidores do ICMBio que tiverem de optar por outro plano, por motivo de Remoção ou Alteração de Exercício, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para optar pela troca de operadora, dentre aquelas vinculadas à Administradora, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. **Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no item 5.9.**

5.16. DOS BENEFÍCIOS

5.17. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefício cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente.

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

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

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

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

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

5.18. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) Hemoterapia ambulatorial;
- e) Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- f) Tratamento fisioterápico;
- g) Tratamento fonoaudiológico;
- h) Tratamento psicológico;

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

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

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

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

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

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

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

5.20.3. Diária de internação hospitalar;

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

5.20.5. 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;

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

5.20.7. 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;

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

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

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

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

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

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

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

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

5.20.16. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.

5.20.17. 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.

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

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

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

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia;
- c) Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações e radiologia intervencionista;
- h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) Fisioterapia;
- j) Próteses intra-operatórias;
- k) Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- l) Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- m) Procedimentos obstétricos;
- n) Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção;
- o) Procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, com a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular do benefício, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- p) Atendimentos psiquiátricos ou tratamentos dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor.

5.22. A COBERTURA ODONTOLÓGICA COMPREENDE:

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

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

5.22.3. 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 Portaria supracitada para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

5.23. DAS EXCLUSÕES

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

5.23.2. São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de:

- 5.23.3. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 5.23.4. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 5.23.5. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 5.23.6. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 5.23.7. Inseminação artificial;
- 5.23.8. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 5.23.9. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 5.23.10. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 5.23.11. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 5.23.12. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 5.23.13. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 5.23.14. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 5.23.15. Aplicação de vacinas preventivas;
- 5.23.16. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.23.17. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 5.23.18. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.23.19. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;

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

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

5.24. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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

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

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

5.24.4. 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:

5.24.5. 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;

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

5.25. DO REEMBOLSO

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

5.25.2. 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;

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

5.25.4. 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.

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

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

5.25.7. 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;

5.25.8. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

5.25.10. Laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso.

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

5.26. DA REMOÇÃO

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

5.26.2. 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:

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

5.26.4. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

5.26.5. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 5.18., a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

5.27. DAS ACOMODAÇÕES

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

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

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

5.28.3. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

5.28.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem **5.16** deste Estudo Técnico Preliminar.

5.29. **REDE CREDENCIADA**

5.29.1. A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio, nas dependências do Edifício Sede deste Instituto, pelo prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da assinatura do contrato, para atendimento aos servidores.

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

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

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

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

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

5.29.7. 15.4. As operadoras de assistência odontológica contratadas pela Administradora de Benefícios deverão dispor de rede em todas as capitais.

6. **ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS**

6.1. **Quadro estimativo do quantitativo de beneficiários**

INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE (Fonte: SIAPE JAN/2025)							
FAIXA ETÁRIA	APOSENTADO	ATIVO PERMANENTE	ATIVO EM OUTRO ÓRGÃO	NOMEADO CARGO EM COMISSÃO	PENSIONISTA	DEPENDENTES	TOTAL GERAL
0-18	0	0	0	0	18	1060	1078
19-23	0	2	0	0	5	282	289
24-28	0	52	0	1	0	304	357
29-33	0	108	1	5	1	336	451
34-38	1	158	7	7	4	346	523
39-43	1	275	7	10	3	499	795
44-48	7	283	5	8	11	386	700
49-53	4	197	8	4	8	215	436
54-58	12	145	4	6	13	159	339
59 ou mais	752	296	2	11	112	1434	2607

7. **CONTRATAÇÕES CORRELATAS OU INDEPENDENTES**

7.1. O processo abaixo descrito refere-se a contratação anterior, em que o objeto é atualmente executado pela Administração:

7.1.1. 02070.000017/2016-34.

8. **ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO**

8.1. A presente contratação encontra-se prevista no Plano de Contratações Anual (PCA) de 2025, no Documento de Formalização da Demanda Nº 106/2025, na Contratação nº. 443033-85/2025.

9. **PROVIDÊNCIAS A SEREM ADOTADAS**

9.1. Não há providências a serem adotadas no ambiente da CONTRATANTE.

10. **POSSÍVEIS IMPACTOS AMBIENTAIS**

10.1. Não haverá impactos ambientais decorrentes da contratação que sejam necessários ser pormenorizados nesse Estudo Técnico Preliminar.

11. **DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE**

11.1. A equipe de planejamento declara viável esta contratação.

12. **JUSTIFICATIVA DA VIABILIDADE**

12.1. Trata-se de serviços comuns e disponível em um mercado próprio e estável.

13. **RESPONSÁVEIS**

RENATO MACHADO DE MELO

Técnico Administrativo/ Coordenador de Administração de Pessoal

HELENA MACHADO CABRAL COIMBRA ARAUJO

Coordenadora-Geral de Gestão de Pessoas

14. ANEXOS

14.1. Anexo I – Termo de Referência ([20910968](#)).

15. APROVAÇÃO

15.1. De acordo, **aprovo** na totalidade este Estudo Técnico Preliminar elaborado pela Equipe de Planejamento.

PAULO ROBERTO DE ARAÚJO

Coordenador-Geral de Gestão Administrativa



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Adriano Ferreira Bentes Ribeiro, Chefe de Serviço Substituto (a)**, em 11/02/2025, às 17:09, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Renato Machado De Melo, Coordenador(a)**, em 11/02/2025, às 17:09, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Machado Cabral Coimbra Araujo, Coordenador(a)-Geral**, em 11/02/2025, às 17:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto de Araújo, Coordenador(a)-Geral**, em 20/03/2025, às 15:44, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.icmbio.gov.br/autenticidade> informando o código verificador **20910966** e o código CRC **B82188F6**.