



**MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA**

EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2016

O **Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio)**, inscrita no CNPJ nº 08.829.974/0001-94, localizada no Setor Sudoeste, EQSW 103/104, Bloco "C", Complexo Administrativo, Brasília, DF, por intermédio da Comissão Especial constituída pela Portaria nº 208, de 01 de novembro de 2016, publicada no DOU de 04 de novembro de 2016, torna público as inscrições para credenciamento de Administradoras de Benefícios para celebração de TERMO DE ACORDO, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, na Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998, nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da 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, de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus anexos e no processo de nº 02070.000017/2016-34.

1. DO OBJETO

1.1. Efetuar o credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Administradora de Benefícios, visando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos servidores deste Instituto, conforme especificações técnicas contantes do Projeto Básico Anexo I deste Edital.

2. DA ENTRADA DA DOCUMENTAÇÃO

2.1 A **entrega dos envelopes** deverá ser endereçada, em envelope lacrado, a sede do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio, via SEDEX, ou pessoalmente, no protocolo, no seguinte endereço: EQSW 103/104, Bloco "C" - Complexo Administrativo - Setor Sudoeste, CEP: 70.670-350 - Brasília/DF, podendo ser recebida nos horários das 9:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, pelo horário de Brasília, até o dia 02/12/2016.

2.2 Os documentos de habilitação exigidos neste Edital poderão ser entregues em original, autenticadas nos termos do edital.

2.3 A **abertura dos envelopes** será realizada no dia 05/12/2016, às 10 horas, horário de Brasília, pela Comissão Especial de Credenciamento, na sala de reuniões localizada, em frente ao Banco do Brasil, na EQSW 103/104, Bloco "C", Complexo Administrativo - Setor Sudoeste. CEP: 70.670-350 – Brasília/DF.

2.4 Tendo em conta a recomendação doutrinária e também o Parecer nº 07/2013/CPLC/DEPCONSU/PGF/AGU, o edital de credenciamento deve permanecer aberto enquanto houver necessidade do serviço.

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

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1 Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:

3.1.1 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 Credenciamento, à vista dos originais.

3.2 Que esteja regulamente cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, nos termos da Instrução Normativa nº 05, de 21 de julho de 1995, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, e as pessoas jurídicas não cadastradas, nos termos do Decreto nº 4.485/2002.

3.2.1 As Administradoras não cadastradas no SICAF, e que tiverem interesse em participar deste Credenciamento, deverão providenciar o seu cadastramento e sua habilitação junto a qualquer Unidade Cadastradora dos Órgãos da Administração Pública.

3.3 Que não tenham sido declaradas inidôneas por qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal.

3.4 Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante apresentação de documento hábil.

3.5 Que não estejam sob processo de falência, recuperação judicial ou extrajudicial, concurso de credores, em dissolução ou liquidação.

3.6 Que não estejam sob pena de interdição de direitos, previstos na Lei nº 9.605/98.

3.7 Que não estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, quaisquer que sejam sua forma de constituição.

3.8 Estrangeiras que não funcionem no país.

3.9 Cooperativas, sob nenhuma forma.

4. HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

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

4.1.1 Registro comercial, no caso de empresa individual;

4.1.2 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais 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;

4.1.3 Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

4.1.4 Em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, Decreto de autorização 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.

4.2 Para **Habilitação Fiscal** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:

4.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;

4.2.2 Prova de inscrição no cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede da empresa pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o serviço;

4.2.3 Estar cadastrada e parcialmente habilitada no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, nos termos do Decreto nº 3.722/2001, alterado pelo Decreto nº 4.485 de 25.11.2002, cuja confirmação da regularidade se dará mediante consulta via “on-line” no referido Sistema, quando do recebimento da proposta, devendo, ainda, apresentar os seguintes documentos:

4.2.3.1 Confirmação da regularidade da habilitação da licitante no SICAF, mediante consulta via “on-line” quando do recebimento da proposta;

4.2.3.2 Caso a empresa esteja com documento vencido no SICAF, poderá comprovar sua regularidade mediante a apresentação do original ou de cópia autenticada do documento em vigor, na forma constante dos art. 27 a 29 e 31 da Lei nº 8.666/93, os quais deverão fazer parte do envelope contendo a documentação relativa à habilitação da referida empresa;

4.2.4 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.

4.3 Para **Habilitação Econômico Financeira** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes documentos:

4.3.1 Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, aferida com base nos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) maiores que um (>1), analisada automaticamente pelo SICAF;

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

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

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

4.3.2 As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem 4.3.1 retro, deverão comprovar possuir capital

social/patrimônio líquido mínimo igual ou superior a R\$1.000.000,00 por meio de Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei do último exercício social, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

4.3.3 Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física.

4.4 Para **Habilitação Técnica e Proposta de Preços** dos Planos ofertados pela Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:

4.4.1 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;

4.4.2 Declaração da empresa Administradora de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho, nos termos do modelo constante do Anexo IV;

4.4.3 Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio dirigente, proprietário ou procurador da Administradora, devidamente identificado, nos termos do modelo constante do Anexo III;

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

4.4.5 Declaração de, no mínimo, 3 (três) instituições bancárias, comprovando possuir convênio para processar o débito em conta do valor das mensalidades dos beneficiários, devendo serem apresentadas, obrigatoriamente, declarações do Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal;

4.4.6 Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado entre, no mínimo, as 03 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela ANS, sendo 02 (duas) com cobertura de âmbito nacional e 01 (uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal e, no mínimo, 02 (duas) operadoras de planos de assistência odontológica devidamente autorizadas pela ANS e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o ICMBio;

4.4.7 Proposta de preços dos Planos de Saúde de, no mínimo, das 03 (três) operadoras de planos de assistência médica, sendo 02 (duas) com cobertura de âmbito nacional e 01 (uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal, e de, no mínimo, 02 (duas) operadoras de planos de assistência odontológica, todas indicadas pela Administradora de Benefícios para os respectivos planos ofertados na forma constante do Anexo I deste Edital;

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

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

4.4.9 Documento comprobatório que esteja devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009.

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

4.4.11 Certidão, expedida pela ANS de que a empresa Administradora de Benefícios atende às exigências de ativos (depósitos) garantidores, relativa ao 3º trimestre de 2016, exigível na forma da lei, conforme Resolução Normativa ANS nº 203, de 1º/10/2009.

4.5 Os documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios;

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

4.6.1 Se a Administradora for a Matriz, todos os documentos deverão estar em nome da Matriz; Se filial, deverão estar em nome desta.

4.7 Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados;

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

5. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.1 As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Projeto Básico – Anexo I deste Edital devem, obrigatoriamente, apresentar, no local e prazo constante do subitem 2.1, documentação descrita nos itens 3 e 4 deste Edital juntamente com proposta de credenciamento em papel timbrado da empresa, com documentos sequencialmente enumerados.

5.1.1 Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, a vista dos originais.

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

DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE - ICMBio
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 04/2016
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:

5.3 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.

5.4 A apresentação da documentação implica manifestação do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao ICMBio, aceitação e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de qualquer outro tipo de documento.

6. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

6.1 Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de credenciamento, exclusivamente por meio eletrônico, através do e-mail:

cpl.sede@icmbio.gov.br, até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes.

6.2 Caberá a Comissão Especial de Credenciamento decidir sobre a petição de impugnação no prazo de 24h (vinte e quatro horas), a contar da data da entrega do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.

6.3 Acolhida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação desse procedimento.

7. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

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

7.2 Serão declarados inabilitados os interessados que:

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

7.2.2 deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 3 e 4 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

8. DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

8.1 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.

8.2 Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pelo ICMBio.

9. DOS RECURSOS

9.1 Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 03 (três) dias úteis contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no item 7.1, ficando, nesse período, autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, situada na EQSW 103/104, Bloco "C", Complexo Administrativo, Setor Sudoeste, em Brasília/DF.

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

9.1.2 o recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Credenciamento, ficando estabelecido o prazo de até 3 (três) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 03 (três) dias úteis para análise e decisão.

9.1.3 somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderão interpor os recursos.

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

10.1 Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo

aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo VI, a qual será adaptada à proposta das empresas habilitadas.

10.2 O ICMBio convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento.

10.2.1 O prazo estabelecido no subitem 10.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo ICMBio.

11. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, PAGAMENTO E REAJUSTE

11.1 Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do ICMBio, 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.

11.2 O pagamento poderá ser realizado mediante consignação em folha de pagamento, boleto ou autorização de débito em conta corrente indicada no ato de adesão do beneficiário.

11.3 Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do ICMBio poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

11.4 Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o ICMBio, por intermédio da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

12. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

12.1 O ICMBio realizará o acompanhamento da execução dos serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

12.2 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por uma comissão de fiscalização do ICMBio, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCREDENCIAMENTO

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

13.1.1 advertência por escrito;

13.1.2 multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários

vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, 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;

13.1.3 multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços.

13.2 Suspensão temporária do Termo de Acordo.

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

13.4 As sanções previstas nos subitens 13.1.1 e 13.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 13.2. e 13.3, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

13.5 São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao ICMBio apuradas em processo administrativo.

14. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

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

15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

15.1 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 a este processo de credenciamento.

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

15.3 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.

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

15.5 Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Especial de Credenciamento.

15.7 É facultada à Comissão Especial de Credenciamento - CEC 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.

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

15.9 O Foro para solucionar os possíveis litígios que decorrerem deste procedimento licitatório será o da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal.



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA

EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

Anexo I
Projeto Básico

I – DO OBJETO

1.1. Efetuar o credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Administradora de Benefícios, visando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos servidores deste Instituto, :

a) no mínimo 3 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela ANS, sendo 2 (duas) com cobertura de âmbito nacional e 1 (uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal, 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 do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da 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, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento;

e

b) no mínimo 02 (duas) operadoras planos de assistência odontológica devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da ANS; bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

II - DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

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

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

2.3. BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.

2.4. PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.

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

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

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

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

2.9. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela ANS para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o ICMBio celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde médico e 2 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde odontológico.

2.10. TIPOS DE PLANOS:

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

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

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

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

2.12. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 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 nº 387, de 28 de outubro de 2015; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

III - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. São considerados beneficiários titulares:

3.1.1. Os servidores do ICMBio ativos, inativos e pensionistas.

3. 2. São considerados beneficiários dependentes:

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

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

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

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

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

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

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

3.2.8. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependente economicamente dos membros e servidores ativos e inativos, 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.

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

3.4. Somente servidor ativo e inativo do ICMBio poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

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

4.1. Os servidores ativos e inativos integrantes do quadro de pessoal permanente 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 ressarcimento,

por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no Termo de Referência Básico de Plano de Assistência à Saúde constante do Anexo I da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

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

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

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

5.1. Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo ICMBio, os servidores ativos e inativos da ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para este Instituto mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.

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

5.3. Os servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio, e seus dependentes disporão do **prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde**, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. **Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no Capítulo VII.**

5.4. Os **Pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde**, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no Capítulo VII.

5.5. Os **Pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde**, de que trata este Projeto Básico, 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 Capítulo VII.

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

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

5.8. Os servidores ativos 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.

5.9. 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.

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

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

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

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

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

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

VI - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

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

6.3. Ressalvadas as situações previstas no item **6.1.** a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato do servidor ativo 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.

6.4. 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.

6.5. 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.

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

VII - DA CARÊNCIA

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

7.1.1. dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados;

7.1.2. dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio que ingressarem neste Instituto após a data a que se refere o subitem 7.1.1, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão 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) Doenças e Lesões Pré-Existentes – 24 meses após o início da vigência da prestação dos serviços; e
- f) Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis – 24 horas após o início da vigência da prestação dos serviços.

VIII - DA PORTABILIDADE

8.1. A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência perante a ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

8.2. As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão

declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com o ICMBio, desde que atendam aos seguintes requisitos:

- a) Que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;
- b) Que inexistam situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

8.3. 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 Capítulo VII.**

IX - DOS BENEFÍCIOS

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

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

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

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

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

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

9.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;-

Quimioterapia ambulatorial;-

Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);-

Hemoterapia ambulatorial;-

Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;-

Tratamento fisioterápico;-

Tratamento fonoaudiológico;-

Tratamento psicológico;-

9.4. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 387 de 2015 e normas complementares da ANS,

incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

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

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

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

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

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

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

9.5.3. Diária de internação hospitalar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

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

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

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

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

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

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

Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;-

Quimioterapia;-

Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;-

Hemoterapia;-

Nutrição parenteral ou enteral;-

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;-

Embolizações e radiologia intervencionista;·

Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;·

Fisioterapia;·

Próteses intra-operatórias;·

Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;·

Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;·

Procedimentos obstétricos;·

Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.·

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

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

9.7. A cobertura odontológica compreende:

9.7.1 O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

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

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

X - DAS EXCLUSÕES

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

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

10.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

10.2.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para

o mesmo fim;

10.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

10.2.5. Inseminação artificial;

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

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

10.2.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;

10.2.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

10.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

10.2.11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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

10.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;

10.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

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

10.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

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

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

XI - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1 Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

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

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

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

11.1.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze)

horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

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

XII – DO REEMBOLSO

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

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

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

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

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

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

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

12.1.5.2. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

XIII – DA REMOÇÃO

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

13.2. Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:

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

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

13.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 11.1.3.2., a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XIV – DAS ACOMODAÇÕES

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

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

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

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

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

XV – REDE CREDENCIADA

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

15.2. Após o prazo acima fixado, a Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação

direto para contato dos servidores deste Instituto (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

15.3. A rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica, deverá ter no mínimo 1 (uma) operadora para atendimento regional no Distrito Federal e no mínimo 2 (duas) operadoras para atendimento em âmbito nacional com no mínimo, os seguintes requisitos:

- a) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE;
- b) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE;
- c) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE.

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

XVI – OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

16.1. São obrigações da Administradora de Benefícios:

- a)** Apresentar aos Beneficiários do ICMBio, no mínimo **3 (três)** operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, sendo 2 (duas) com cobertura de âmbito nacional e 1(uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal, e no mínimo **2 (duas)** de assistência odontológica devidamente registradas na ANS;
- b)** Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- c)** Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do ICMBio;
- d)** Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- e)** Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao ICMBio e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- f)** Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários, bem como efetuar o recadastramento no aniversário do Termo de Acordo;
- g)** Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h)** Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i)** Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial e/ou odontológico, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

- j)** Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- k)** Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l)** Informar mensalmente à Comissão de Fiscalização as exclusões de beneficiários titulares, dependentes e Pensionistas;
- m)** Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos disponibilizados aos beneficiários deste Instituto;
- n)** Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o)** Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- p)** As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, bem como aos pensionistas, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução Normativa nº 255, de 18 de maio de 2011 da ANS;
- q)** As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- r)** Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, com os seguintes dados: I – Perfil Demográfico da Carteira; II – Relatório de sinistralidade; III – Indicadores sobre a Utilização; a) Beneficiários; b) Prestadores. IV – Casos Crônicos e de Risco; a) Identificação de casos Crônicos; b) Descrição das Patologias; c) Parecer Médico. V – Monitoramento; VI - Lista de beneficiários selecionados para gerenciamento e Casos ou Condições Crônicas enviadas para a operadora.

XVII – OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

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

17.1.1. Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a)** Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b)** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c)** Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, por greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado,

conforme previsto na legislação vigente, pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

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

II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.1.2. São obrigações das Operadoras odontológicas:

17.1.2.1 Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98 e Resolução 387, de 28 de outubro de 2015 da ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

a) Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

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

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

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

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 anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

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

g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência 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;

h) 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;

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

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

XVIII – OBRIGAÇÕES DO ICMBio

18.1. São 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 Termo de Acordo;

d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos objeto do presente expediente 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.

XIX – REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

19.1. As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com o ICMBio deverão cumprir as seguintes condições:

19.1.1. Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;

19.1.2. Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do ICMBio, contemplando as regras estabelecidas neste Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;

19.1.3. Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços;

19.1.3.1. A proposta apresentada por administradora que já seja credenciada pelo ICMBio por meio do Termo de Acordo nº 02/2011, deverá oferecer preços e condições que assegurem a manutenção das situações decorrentes das contratações de planos de saúde já firmados pelos beneficiários em decorrência do referido Acordo, em especial ao que se refere ao interregno mínimo de 12 (doze) meses de aplicação do último reajuste, nos termos do art. 19 da Resolução Normativa ANS nº 195/2009.

19.1.4. Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

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

19.1.6. Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 3º trimestre de 2016, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;

19.1.7. Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;

19.1.8. Declarar que dispõe de Rede Credenciada para atender aos beneficiários do ICMBio, na forma exigida neste Termo;

19.1.9. A Administradora apresentará ao ICMBio os Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com este Instituto;

19.1.9.1. A Administradora que já atende aos beneficiários do ICMBio em decorrência do Acordo nº 02/2011 fica dispensada de apresentar Termos de Contratos, Acordos ou Ajustes de Responsabilidades para aquelas operadoras que já são oferecidas para este Instituto, desde que apresente Declaração nesse sentido.

XX - DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

20.1. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 (doze) meses, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93. 20.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do ICMBio poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

20.3. Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o ICMBio, por intermédio da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

XXI - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

21.1. Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do ICMBio 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.

21.2. O pagamento será realizado mediante consignação em folha, autorização de débito na conta corrente ou mediante boleto bancário indicado no ato de adesão pelo beneficiário.

XXII - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

22.2. Os serviços de pronto-socorro devem dar atendimento médico de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internação e exames complementares de diagnóstico.

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

22.4. As exclusões de usuários do Plano de Assistência à Saúde serão, tempestivamente, comunicadas à empresa prestadora dos serviços, pela Comissão de Fiscalização, observado o constante do Capítulo VI deste Projeto Básico. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

22.5. As operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios reservam-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.

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

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

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

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

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

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

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

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

22.14. Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração

às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

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

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

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

22.18. O presente Projeto Básico encontra-se de acordo com o termo de referência básico da Portaria SRH/MP nº 05/2010.

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

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

Brasília, 22 de novembro de 2016.

JOÃO BATISTA SOUSA SILVA

Chefe de Serviço/CGGP

Brasília, 22 de novembro de 2016.

De Acordo.

Encaminhe-se a Diretoria de Planejamento, Administração e Logística para apreciação.

HELENA MACHADO CABRAL COIMBRA ARAUJO

Coordenadora Geral de Gestão de Pessoas

Brasília, 22 de novembro de 2016.

De Acordo.

Aprovo o presente Projeto Básico pelos termos supracitados.

SILVANA CANUTO MEDEIROS

Diretora de Planejamento, Administração e Logística

ANEXO I DO PROJETO BÁSICO
QUADRO ESTIMATIVO DO QUANTITATIVO DE BENEFICIÁRIOS

INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE - BASE SETEMBRO 2016								
OPERADORA /FAIXA ETARIA	APOSEN- TADO	ATIVO PERMANENTE	CARGO COMISSIONADO	CEDIDO	DEPENDENTES	PENSIONISTA	REQUISITADO	TOTAL GERAL
0-18	0	0	0	0	652	1	0	653
19-23	0	14	0	0	153	4	0	171
24-28	0	47	0	0	19	0	0	66
29-33	0	115	0	0	66	0	0	181
34-38	1	203	0	1	92	0	0	297
39-43	2	145	1	2	97	2	0	249
44-48	1	109	0	4	92	0	1	207
49-53	2	152	1	2	99	2	1	259
54-58	28	178	2	3	96	5	0	312
59-ACIMA 59	174	170	2	0	225	9	0	580
TOTAL GERAL	208	1133	6	12	1591	23	2	2975



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA
EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

Anexo II
Programa de Necessidades

PARA CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIO

Este documento tem por objeto justificar a necessidade de disponibilizar mais uma opção de assistência à saúde aos beneficiários deste Instituto mediante o credenciamento de empresas para atuar como Administradora de Benefícios.

1 – JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO DOS SERVIÇOS

1.1. Efetuar o credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a atuar como Administradora de Benefícios, visando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar aos servidores deste Instituto:

a) no mínimo 3 (três) operadoras de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela ANS, sendo 2 (duas) com cobertura de âmbito nacional e 1 (uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal, 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 do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da ANS, todas da 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, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento; e

b) no mínimo 02 (duas) operadoras planos de assistência odontológica devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº

259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da ANS, todas da ANS; bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

2. ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS

INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE - BASE SETEMBRO 2016								
OPERADORA /FAIXA ETARIA	APOSEN- TADO	ATIVO PERMANENTE	CARGO COMISSIONADO	CEDIDO	DEPENDENTES	PENSIONISTA	REQUISITADO	TOTAL GERAL
0-18	0	0	0	0	652	1	0	653
19-23	0	14	0	0	153	4	0	171
24-28	0	47	0	0	19	0	0	66
29-33	0	115	0	0	66	0	0	181
34-38	1	203	0	1	92	0	0	297
39-43	2	145	1	2	97	2	0	249
44-48	1	109	0	4	92	0	1	207
49-53	2	152	1	2	99	2	1	259
54-58	28	178	2	3	96	5	0	312
59-ACIMA 59	174	170	2	0	225	9	0	580
TOTAL GERAL	208	1133	6	12	1591	23	2	2975

2.1. ESTIMATIVA DE BENEFICIÁRIOS POR SEXO:

CATEGORIA	SEXO	TOTAL
APOSENTADO	FEMININO	131
	MASCULINO	276
ATIVO PERMANENTE	FEMININO	637
	MASCULINO	1141
CEDIDO	FEMININO	10
	MASCULINO	14
NOMEADO CARGO COMIS.	FEMININO	17
	MASCULINO	29
PENSIONISTA	FEMININO	81
	MASCULINO	14
REQUISITADO	FEMININO	7
	MASCULINO	17

2.2.1 Em atendimento à solicitação contida no Despacho Interlocutório SELIC 0693769, e e-mail da Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S.A., de 25/11/2016, segue tabela contendo o Quantitativo de Vidas por Categoria e Sexo.

3. TIPOS DE PLANOS:

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

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

3.1.1. 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.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. São considerados beneficiários titulares:

4.1.1. Os servidores do ICMBio ativos, inativos e pensionistas.

4.2. São considerados beneficiários dependentes:

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

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

4.2.3. a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e

dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

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

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

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

4.2.7. a existência do dependente constante dos itens 4.2.1. e 4.2.2. desobriga a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 4.2.3.;

4.2.8. 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.

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

4.4. Somente servidor ativo e inativo do ICMBio poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

5 - DA CARÊNCIA

5.1. Não poderá ser exigida qualquer carência para utilização dos benefícios do Plano de Assistência à Saúde, dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, dos servidores requisitados pelo ICMBio, e seus dependentes e pensionistas:

5.1.1. dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados;

5.1.2. dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio que ingressarem neste Instituto após a data a que se refere o subitem 5.1.1, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão 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) Doenças e Lesões Pré-Existentes – 24 meses após o início da vigência da prestação dos serviços; e
- g) Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis – 24 horas após o início da vigência da prestação dos serviços.

6 - DOS BENEFÍCIOS

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

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

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

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

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

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

6.3. Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- Quimioterapia ambulatorial;
- Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- Tratamento fisioterápico;
- Tratamento fonoaudiológico;
- Tratamento psicológico;

6.4. O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 387 de 2015 e normas complementares da ANS, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

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

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

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

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

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

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

6.5.3. Diária de internação hospitalar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- Quimioterapia;
- Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição parenteral ou enteral;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- Embolizações e radiologia intervencionista;
- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- Fisioterapia;
- Próteses intra-operatórias;
- Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos obstétricos;
- Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.

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

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

6.7. A cobertura odontológica compreende:

6.7.1 O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

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

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

7 - DAS EXCLUSÕES

7.1 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.

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

7.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

7.2.2. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

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

7.2.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

- 7.2.5. Inseminação artificial;
- 7.2.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 7.2.7. Tratamentos em centros de Saúde Pela Água (SPAs), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 7.2.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim, e demais casos constantes do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;
- 7.2.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 7.2.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 7.2.11. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 7.2.12. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 7.2.13. Aplicação de vacinas preventivas;
- 7.2.14. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 7.2.15. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;
- 7.2.16. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 7.2.17. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- 7.2.18. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 7.2.19. Cobertura não prevista no caso da UTI Móvel (Pronto Socorro Móvel).

8 - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- 8.1 Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:
 - 8.1.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
 - 8.1.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
 - 8.1.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando se o seguinte:
 - 8.1.3.1. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
 - 8.1.3.2. Caberão as operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de

Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

9 – DO REEMBOLSO

9.1. 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:

9.1.1. 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;

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

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

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

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

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

9.1.5.2 Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

9.1.5.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

9.1.6. 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.

10 – DA REMOÇÃO

10.1. 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.

10.2. 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:

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

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

10.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 8.1.3.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

11 – DAS ACOMODAÇÕES

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

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

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

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

11.3. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem **11.1** deste Projeto Básico.

12 – REDE CREDENCIADA

12.1. 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 Termo de Acordo, para atendimento aos servidores.

12.2. 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.

12.3. A rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários

para a prestação dos serviços de assistência médica, deverá ter no mínimo 1 (uma) operadora para atendimento regional no Distrito Federal e no mínimo 2 (duas) operadoras para atendimento em âmbito nacional com no mínimo, os seguintes requisitos:

- a) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Norte com mais de 70.000 habitantes conforme apuração do IBGE;
- b) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado da Região Nordeste com mais de 100.000 habitantes conforme apuração do IBGE;
- c) comprovar atendimento em 50% (cinquenta por cento) dos municípios de cada Estado das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com mais de 50.000 habitantes conforme apuração do IBGE.

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

Brasília, 26 de outubro de 2016.

JOÃO BATISTA SOUSA SILVA

Chefe de Serviço/CGGP

HELENA MACHADO CABRAL COIMBRA ARAUJO

Coordenadora Geral de Gestão de Pessoas



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA
EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

Anexo III

(em papel personalizado da empresa)

D E C L A R A Ç Ã O

A empresa abaixo qualificada, interessada em participar nesse processo, declara, sob as sanções cabíveis, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo, estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Razão Social:

CNPJ/MF:

Tel./Fax:

Endereço/CEP:

.....de.....201.....

.....
Nome, assinatura e nº da identidade do declarante



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA
EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

Anexo IV

(em papel personalizado da empresa)

DECLARAÇÃO

.....inscrita no CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a), portador(a) da Carteira de Identidade nºe CPF Nº,
DECLARA, para fins do disposto no inciso v do Art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.852, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

.....
Local e data

.....
(Nome e assinatura do representante legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, ADMINISTRAÇÃO E LOGÍSTICA
EQSW 103/104 - Lote 1, MÓDULO "B", Complexo Administrativo Sudoeste, Blocos "A", "B", "C" e "D" - BRASÍLIA-DF
CEP: 70670-350 Telefone: (61) 2028-9401

Anexo V

(em papel personalizado da empresa)

D E C L A R A Ç Ã O

(LEI Nº 9.605/98)

A empresa abaixo qualificada, interessada em participar nesse processo, declara, sob as sanções cabíveis, de que não está sob pena de interdição temporária de direitos de que trata o art. 10 da Lei nº 9.605, de 12/02/98.

Razão Social:

CNPJ/MF:

Tel. e Fax:

Endereço/CEP:

_____, _____
Local e data

Nome e assinatura do declarante
(número da identidade ou do CPF)

Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aos servidores do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da 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, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento;

e

b) no mínimo 02 (duas) operadoras planos de assistência odontológica devidamente autorizadas pela ANS, objetivando a prestação de assistência odontológica, aos servidores do ICMBio ativos, inativos, dependentes legais e pensionistas, com cobertura total nas áreas geográficas de atuação do órgão, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 3 junho de 1998; nas Resoluções Normativas nº 387, de 28 de outubro de 2015, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 259, de 17 de junho de 2011 e nº 252, de 28 de abril de 2011, todas da ANS; bem como da Portaria Normativa nº 5, de 11/10/10, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, mais as orientações e especificações técnicas constantes deste documento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONCEITUAÇÃO

Nos termos do Projeto Básico, considera-se para fins deste TERMO:

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

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

c) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - Os familiares dos servidores, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada no Projeto Básico e no presente instrumento.

d) PENSIONISTA – Beneficiário de pensão de Instituidores de Pensão na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada no Projeto Básico e no presente instrumento.

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

f) 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.

g) 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.

h) 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 no Projeto Básico e no presente instrumento.

i) ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS – Empresa devidamente autorizada pela ANS para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o ICMBio celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde médico e 2 (duas) operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde odontológico.

j) TIPOS DE PLANOS:

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

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

III) PLANO ODONTOLÓGICO: Cobertura de Assistência Odontológica – compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela ANS.

k) REMOÇÃO - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada no Projeto Básico e no presente instrumento.

l) 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 nº 387, de 28 de outubro de 2015; Resolução nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução nº 200, de 13/08/09); e Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS

São considerados beneficiários titulares:

a) Os servidores do ICMBio ativos, inativos e pensionistas.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - São considerados beneficiários dependentes:

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

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

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

d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos,

enquanto durar a invalidez;

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

f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e"

g) a existência do dependente constante das alíneas "a" e "b" inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante da alínea "c".

h) 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.

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

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - Somente servidor ativo e inativo do ICMBio poderá inscrever beneficiários na condição de dependentes.

CLÁUSULA QUARTA – DO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO E CO-PARTICIPAÇÃO NOS CUSTEIOS DOS SERVIÇOS

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 ressarcimento, por beneficiário, desde que tenham, comprovadamente, contratado plano de saúde particular que atenda às coberturas mínimas exigidas no Termo de Referência Básico de Plano de Assistência à Saúde constante do Anexo I da Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, devendo apresentar declaração da operadora.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - 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.

CLÁUSULA QUINTA - DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Poderão aderir aos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo ICMBio, os s servidores ativos e inativos da ICMBio, os ocupantes

de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para este Instituto mediante manifestação expressa junto à Administradora de benefícios.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata o Projeto Básico e o presente instrumento.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Os servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio, e seus dependentes disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para aderirem aos Planos de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas na Cláusula Sétima.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA – Os Pensionistas disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da assinatura do Termo de Acordo com a Administradora de Benefícios, para solicitarem suas inclusões no Plano de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem dos serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas na Cláusula Sétima.

SUBCLÁUSULA QUARTA – Os Pensionistas poderão permanecer no Plano de Assistência à Saúde, de que trata o Projeto Básico, 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 na Cláusula Sétima.

SUBCLÁUSULA QUINTA - 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 da CLÁUSULA SÉTIMA;

SUBCLÁUSULA SEXTA - 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.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA - 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.

SUBCLÁUSULA OITAVA - 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.

SUBCLÁUSULA NONA - Fica sujeita à carência prevista na CLÁUSULA SÉTIMA 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - 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.

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - Ressalvadas as situações previstas ncaput desta cláusula, 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.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA QUARTA - 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.

SUBCLÁUSULA QUINTA - A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA CARÊNCIA

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

a) dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio disporão do prazo de até 60 (sessenta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados;

b) dos servidores ativos e inativos do ICMBio, os ocupantes cargos comissionados sem vínculo com a Administração Pública Federal, os servidores requisitados para o ICMBio que ingressarem neste Instituto após a data a que se refere o subitem 7.1.1, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, no Programa de Assistência à Saúde, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as seguintes carências:

I) Consultas e exames clínicos e patológicos – 30 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;

II) Demais exames e tratamentos - 180 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;

III) Internações hospitalares - 180 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;

IV) Partos - 300 dias após o início da vigência da prestação dos serviços;

V) Doenças e Lesões Pré-Existentes – 24 meses após o início da vigência da prestação dos serviços; e

VI) Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis – 24 horas após o início da vigência da prestação dos serviços.

CLÁUSULA OITAVA - DA PORTABILIDADE

A portabilidade se dará de acordo com a norma de vigência perante a ANS (RN nº 252/2011 e alterações posteriores).

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

a) Que a opção seja para plano equivalente na operadora escolhida;

b) Que inexistam situação de gravidez e/ou doenças e lesões pré-existentes.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - 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 na

Cláusula Sétima.

CLÁUSULA NONA - DOS BENEFÍCIOS

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.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, conforme listados no Projeto Básico.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - 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;

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 387 de 2015 e normas complementares da ANS, incluídos procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

a) 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;

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

c) 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.

SUBCLÁUSULA QUARTA - 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 especificada no Projeto Básico.

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

SUBCLÁUSULA SEXTA - A cobertura odontológica compreende:

a) O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo da Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a segmentação odontológica.

b) 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.

c) 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.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS EXCLUSÕES

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.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - São excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas descritos no Projeto Básico.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

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

b) 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.

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

I) O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;

II) 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REEMBOLSO

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:

a) 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;

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

c) 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.

d) 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;

e) 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:

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;

IV) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA REMOÇÃO

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.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - 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 situações descritas no Projeto Básico e no presente instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ACOMODAÇÕES

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:

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

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

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

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores aos previstos no caput desta cláusula.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA REDE CREDENCIADA

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 Termo de Acordo, para atendimento aos servidores.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A rede de atendimento disponibilizada pela administradora de benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica, deverá ter no mínimo 1 (uma) operadora para atendimento regional no Distrito Federal e no mínimo 2 (duas) operadoras para atendimento em âmbito nacional com no mínimo, os seguintes requisitos:

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

São obrigações da Administradora de Benefícios:

a) Apresentar aos Beneficiários do ICMBio, no mínimo 3 (três) operadoras prestadoras dos serviços de assistência médico-hospitalar, sendo 2 (duas) com cobertura de âmbito nacional e

1(uma) com cobertura de âmbito regional no Distrito Federal, e no mínimo 2 (duas) de assistência odontológica devidamente registradas na ANS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;

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

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

n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;

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

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

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

r) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Comissão de Fiscalização, com os

seguintes dados:

I – Perfil Demográfico da Carteira;

II – Relatório de sinistralidade;

III – Indicadores sobre a Utilização;

i) Beneficiários;

ii) Prestadores.

IV – Casos Crônicos e de Risco;

i) Identificação de casos Crônicos;

ii) Descrição das Patologias;

iii) Parecer Médico.

V – Monitoramento;

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

São obrigações das Operadoras de planos de assistência médica hospitalar:

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

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

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

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

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

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

II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

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

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

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

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

j) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários, de acordo com a alínea “r” do item 16.1. do Projeto Básico;

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

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

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - São obrigações das Operadoras odontológicas: caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98 e Resolução 387, de 28 de outubro de 2015 da ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

a) Oferecer os serviços de assistência odontológica, na forma disciplinada pela legislação vigente;

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

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

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

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 anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

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

g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Plano de Assistência 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;

h) 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;

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO ICMBio

São 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 Termo de Acordo;

d) O acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos objeto do presente expediente 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.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA VIGÊNCIA E DO REAJUSTE

O prazo de vigência do credenciamento será de **12 (doze) meses**, renováveis até o limite do inciso II do art.57 da Lei 8.666/93. 20.2. Observando o disposto na Resolução Normativa ANS nº 309, de 24/10/2012 e demais normas em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do ICMBio poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

SUBCLÁUSULA ÚNICA - Os reajustes, quando pleiteados pela operadora, deverão ser negociados em conjunto, pela Administradora de Benefícios e o ICMBio, por intermédio da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E PAGAMENTO

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

SUBCLÁUSULA ÚNICA - O pagamento será realizado mediante consignação em folha, autorização de débito na conta corrente ou mediante boleto bancário indicado no ato de adesão pelo beneficiário.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA SEGUNDA - A Administradora de Benefícios deverá possuir, na data de assinatura do Termo de Acordo, disque 0800 24 Horas, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

SUBCLÁUSULA TERCEIRA - 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 da Cláusula Sexta. A eventual utilização dos serviços após a exclusão do usuário será de responsabilidade exclusiva da Administradora de Benefícios.

SUBCLÁUSULA QUARTA - 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.

SUBCLÁUSULA QUINTA - 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.

SUBCLÁUSULA SEXTA - 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.

SUBCLÁUSULA SÉTIMA - 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.

SUBCLÁUSULA OITAVA - 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.

SUBCLÁUSULA NONA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - 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.

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

SUBCLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é

necessária autorização prévia da ANS.

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

SUBCLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - 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.

SUBCLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão de Fiscalização em conjunto com a Administradora de Benefícios.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA VINCULAÇÃO

Este Termo de Acordo guarda inteira conformidade com o **Processo nº 02070.000017/2016-34**, bem como ao Projeto Básico do certame, do qual é parte integrante, como se aqui estivesse integralmente transcrito, vinculando-se, ainda, a proposta da CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA ASSINATURA ELETRÔNICA

E, por assim estarem justas e acertadas, foi lavrado o presente **TERMO DE ACORDO** e disponibilizado por meio eletrônico através do Sistema Eletrônico de Informações - SEI, conforme Portaria nº 56, de 27 de Maio de 2016, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes.

SILVANA CANUTO MEDEIROS
ICMBio

REPRESENTANTE
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS