



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MJSP - POLÍCIA FEDERAL
COORDENAÇÃO-GERAL DE PLANEJAMENTO E MODERNIZAÇÃO - CGPLAM/DLOG/PF

Processo nº 08200.017973/2021-76

LICI. TERMO DE REFERÊNCIA nº 20983042/2021-CGPLAM/DLOG/PF

PROCESSO Nº 08200.017973/2021-76

PREGÃO Nº/2022

(PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08200.017973/2021-76)

SUMÁRIO

1.	DO OBJETO	3
2.	JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO	6
3.	DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO	6
4.	DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR	6
5.	REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO	7
6.	DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE	8
7.	MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO	9
8.	SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO DE SAÚDE	58
9.	INFRAESTRUTURA, BANCO DE DADOS E IMPLANTAÇÃO	98
10.	PROVA DE CONCEITO (AMOSTRA)	107
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	132
12.	TRANSIÇÃO FINAL DO CONTRATO	133
13.	INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA	135
14.	OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE	136
15.	OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA	137
16.	DA SUBCONTRATAÇÃO	141
17.	ALTERAÇÃO SUBJETIVA	141
18.	CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO	142
19.	DOS CRITÉRIOS DE AFERIÇÃO E MEDIÇÃO PARA FATURAMENTO	144
20.	DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO	152
21.	DO PAGAMENTO	154
22.	DO REAJUSTE	158
23.	DA GARANTIA DA EXECUÇÃO	159
24.	DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	161
25.	DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR	167
26.	NÃO PODERÃO PARTICIPAR DESTA LICITAÇÃO	170
27.	DA ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS	171
28.	DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	171

1. DO OBJETO

- 1.1. Contratação de empresa para prestação de serviços especializados de gestão e gerenciamento de Programa de Saúde da Polícia Federal, com abrangência nacional, cabendo à empresa CONTRATADA:
- a) Fornecimento e operação de central de regulação/autorizações médicas, odontológicas e perícias;
 - b) Central telefônica de atendimento ao beneficiário e ao prestador;
 - c) Gestão de internados;
 - d) Processamento e análise de contas médicas e hospitalares, e de reembolso;
 - e) Cadastro de beneficiários, de prestadores e produtos;
 - f) Gestão de rede;
 - g) Suporte informativo para alavancar medidas de prevenção e promoção à saúde (APS);
 - h) Auditoria médica, odontológica e perícias;
 - i) Assessoria técnica e de negócios; e
 - j) Soluções tecnológicas, mediante fornecimento de licença de uso de software integrado (ERP) de gestão de operadora de planos de saúde, bem os serviços de instalação, implantação, treinamentos, operação assistida, migração de dados e suporte e manutenção necessários à perfeita operação do Programa e que permita o controle informatizado de todos os serviços a serem contratados.
- 1.2. Importa registrar que não se trata de contratação TIC, ou seja, de serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação, considerando que não há desenvolvimento de sistema de informação, mas de contratação de serviço de gestão especializado que engloba uma série de atribuições, em especial no campo da auditoria, sendo essencial a comprovação de que o sistema informatizado se adequa a subsidiar as operações dentro da autogestão em saúde. Traçando paralelo com outras licitações, a contratação pretendida se assemelha à contratação de empresa para prestar serviços de gestão de gerenciamento de frotas e combustíveis.

ITEM UNICO	DESCRIÇÃO/ ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	VALOR ESTIMADO
1	Contratação de empresa especializada em sistema "BPO FULL" (<i>Business Process Outsourcing</i>), visando a prestação de serviços de fornecimento e operação de central de regulação/autorizações médicas, odontológicas e perícias, central telefônica de atendimento ao beneficiário e ao prestador, gestão de internados, processamento e análise de contas médicas e hospitalares, e de reembolso, cadastro de beneficiários, de prestadores e produtos, gestão de rede, suporte informativo para alavancar medidas de prevenção e promoção à saúde (APS), auditoria médica, odontológica e perícias, assessoria técnica e de negócios; e soluções tecnológicas, mediante fornecimento de licença de uso de software integrado (ERP) de gestão de operadora de planos de saúde, bem os serviços de instalação, implantação, treinamentos, operação assistida, migração de dados e suporte e manutenção necessários à perfeita operação do Programa e que permita o controle informatizado de todos os serviços a serem contratados.	UN	01	R\$ 9.170.000,00

- 1.4. O objeto da licitação tem a natureza de serviço comum de natureza continuada e sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva.
- 1.5. Os quantitativos e respectivos códigos dos itens são os discriminados na tabela acima.
- 1.6. A presente contratação adotará como regime de execução a Empreitada por Preço Global.
- 1.7. O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por interesse das partes.

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA CONTRATAÇÃO

- 2.1. A justificativa e objetivo da contratação encontram-se pormenorizados em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares (20677823), apêndice deste Termo de Referência.

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

- 3.1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares (20677823), apêndice deste Termo de Referência.

4. DA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

- 4.1. Trata-se de serviço comum, de caráter continuado e sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva, a ser contratado mediante licitação, na modalidade pregão, em sua forma eletrônica.
- 4.2. Os serviços a serem contratados enquadram-se nos pressupostos do Decreto nº 9.507, de 21 de setembro de 2018, não se constituindo em quaisquer das atividades previstas no art. 3º do aludido decreto, cuja execução indireta é vedada.
- 4.3. A prestação dos serviços não gera vínculo empregatício entre os empregados da CONTRATADA e a Administração CONTRATANTE, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

- 5.1. Conforme Estudos Preliminares, os requisitos da contratação abrangem o seguinte:
- 5.1.1. Serviço continuado, sem fornecimento de mão de obra em regime de dedicação exclusiva;
- 5.1.2. A necessidade da contratação de empresa especializada em gestão e gerenciamento de plano/programa de saúde na modalidade de autogestão se deve a sua expertise para operacionalizar os processos para desempenhar as atividades necessárias para funcionamento e correta assistência aos servidores;
- 5.1.3. A CONTRATADA deve apresentar proposta de preço que deverá conter obrigatoriamente a descrição do serviço, com todas as especificações mínimas exigidas:
- a) Fornecimento e operação de central de regulação/autorizações médicas, odontológicas e perícias;
 - b) Central telefônica de atendimento ao beneficiário e ao prestador;
 - c) Gestão de Internados;
 - d) Processamento e análise de contas médicas e hospitalares, e de reembolso;
 - e) Cadastro de beneficiários, prestadores e produtos;
 - f) Gestão de Rede;
 - g) Suporte informativo para alavancar medidas de prevenção e promoção à saúde (APS);
 - h) Auditoria médica, odontológica e perícias;
 - i) Assessoria técnica e de negócios;
 - j) Fornecimento de licença de uso de software integrado (ERP) de gestão de operadora de planos de saúde, bem os serviços de instalação, implantação, treinamentos, operação assistida, migração de dados e suporte e manutenção necessários à perfeita operação do Programa.
- 5.2. Para a contratação dos serviços objeto do presente estudo, deve-se observar o critério de julgamento objetivo das propostas, selecionando a que for mais vantajosa para a Polícia Federal, correspondente ao menor preço global, na modalidade Pregão Eletrônico.
- 5.3. O adjudicatário deverá apresentar declaração de quem tem pleno conhecimento das condições necessárias para a prestação dos serviços como requisito para celebração do contrato.

6. DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE

- 6.1. A adoção de processos administrativos na sua forma eletrônica é prioridade. Os documentos deverão ser gerados e mantidos em sua forma digital, utilizando recursos tecnológicos de segurança da informação com o objetivo de garantir a integridade deles. O objetivo deste critério é reduzir o número de cópias e impressões em papel, colaborando na sustentabilidade como regra da prestação dos serviços contratados.
- 6.2. Deve-se priorizar, no que couber, o disposto na legislação aplicável – com destaque para as Instruções Normativas 05/2017/SEGES e Decreto nº 7.746, de 05 de junho de 2012 – para a execução dos serviços, a utilização de bens que sejam no todo ou em partes compostos por materiais recicláveis, atóxicos e biodegradáveis, que visem melhor aproveitamento energético e uso de inovações que reduzam a pressão sobre recursos naturais.

7. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

- 7.1. A execução do objeto (gestão e gerenciamento de Programa de Saúde da Polícia Federal, na modalidade “BPO FULL”) abrangerá as atribuições delineadas abaixo. Os serviços descritos serão de competência da CONTRATADA e correspondem ao detalhamento das atividades a serem implementadas:
- 7.1.1. Disponibilizar uma CENTRAL DE REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÕES MÉDICAS, com acesso por intermédio de autorizador WEB, telefonia, fax ou outra ferramenta tecnológica mais avançada:
- 7.1.1.1. A Central de Regulação/Autorização, que será acionada através da Central de Atendimento Telefônico ou outros canais acima citados, deverá contar com canais específicos para Autorização e Regulação Médica e Assistencial, Oncologia e Materiais de Alto Custo (OPME), além de equipe técnica especializada e dimensionada de forma a atender as metas estipuladas para a atividade, abrangendo todo território nacional.
- 7.1.1.2. Possibilitar que as solicitações de consultas e exames sejam feitas através do Autorizador Web ou por um operador do software (central telefônica), por meio da intranet ou do extranet da CONTRATANTE.
- 7.1.1.3. Emitir senhas aos credenciados, relativas a eventos considerados especiais e definidos como de autorização prévia, mediante critérios preestabelecidos pelo CONTRATANTE, baseadas nas informações do histórico de utilização, em tempo real, do beneficiário e dos prestadores:
- a) As autorizações prévias deverão ser efetuadas de acordo com a cobertura da PF SAÚDE, Rol de Procedimentos mínimos de cobertura da ANS, e em restrita observância às Diretrizes de Utilização para cobertura de procedimentos na saúde suplementar;

b) Processar as solicitações considerando as diversas regras de negócio (TABELAS CBHPM, TUISS, etc.), internar a paciente e, portanto, a liberação de códigos para os procedimentos e eventos interdependentes.

7.1.1.4. Avaliar/analisar a documentação para emissão de autorização prévia e/ou de guia de internação e eventuais prorrogações, em conformidade com o tipo de patologia apresentada e prazos compatíveis para os atendimentos:

a) As solicitações de autorização deverão ser analisadas em conformidade com o tipo de patologia apresentada e prazos compatíveis para os atendimentos clínicos, cirúrgicos, neonatais e UTI, realizando perícia presencial quando for o caso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da solicitação, com emissão de parecer técnico para a realização de procedimentos, inclusive domiciliares e de beneficiários do PF SAÚDE de quaisquer dependências;

b) O prazo para resposta na solicitação de liberação de procedimento em caso de urgência/emergência que ponham em risco a saúde/vida do beneficiário será de 3 (três) horas;

c) Em caso de perícia documental o prazo será de 3 (três) dias úteis.

7.1.1.5. Efetuar inclusões e atualizações de autorizações prévias no Sistema Informatizado próprio.

7.1.1.6. Atender às determinações da ANS quanto às justificativas para negativa de cobertura e quanto a prazos e forma de resposta aos beneficiários nos diversos assuntos objeto do contrato.

7.1.1.7. Realizar a cotação de preços para órtese, prótese, materiais e medicamentos especiais, remoção, tratamentos domiciliares/home care. A cotação deverá ser efetuada em até 05 (cinco) dias úteis da solicitação. No caso de indisponibilidade de fornecedor ou impossibilidade de cotação, conforme o caso, o prazo para devolução será de até 03 (três) dias contados da solicitação.

7.1.1.8. Informar o beneficiário e/ou seus familiares, através de canal telefônico ou eletrônico, quando da solicitação de autorização prévia, para posicioná-lo sobre o recebimento do pedido, situação da documentação necessária (completa, incompleta), inclusive comunicando o prazo máximo previsto para liberação da autorização.

7.1.1.9. Respeitar os prazos e tempos acordados para a avaliação e emissão de parecer para cada solicitação de senha, procurando adotar medidas proativas no contato com os prestadores, sem envolver o beneficiário ou acarretar prejuízo ao seu tratamento, devendo:

a) Identificar e solicitar documentação complementar, laudos de exames ou mesmo perícias, nos casos pertinentes;

b) Identificar a coerência entre procedimentos ou associações entre procedimentos e protocolos médicos estabelecidos;

c) Controlar as autorizações de atendimento (senha) aos beneficiários, verificando as regras de negócio e de elegibilidade cadastradas nos planos, contemplando integração com os demais módulos (cadastro de beneficiários, rede credenciada, processamento e auditoria de contas);

d) Reanalisar as solicitações negadas e, caso pertinente; deliberar pela reavaliação do caso pela Junta Médica, quando demandado pela Ouvidoria;

e) Providenciar a remoção de beneficiários entre a rede credenciada, quando necessário.

7.1.1.10. Permitir o acesso da equipe da CONTRATANTE para consulta em tempo real sobre o andamento das autorizações.

7.1.1.11. Estabelecer e imputar parâmetros de auditoria no sistema disponibilizado, de acordo com as regras de negócio da CONTRATANTE, tais como: ocorrências máximas permitidas, prazos entre procedimentos, relação entre sexo/idade e procedimentos, entre outras correlações.

7.1.1.12. Manter registro das cotações realizadas, em banco de dados próprio, com as seguintes referências: data da solicitação, beneficiário, descrição, fornecedor e valor.

7.1.1.13. Atender e orientar os beneficiários da CONTRATANTE para fins de marcação e realização de perícias.

7.1.1.14. Realizar visitas hospitalares, domiciliares e perícia presencial, quando necessário, ou sob demanda da CONTRATANTE.

7.1.1.15. Analisar e emitir relatório sobre os atendimentos.

7.1.1.16. Analisar e emitir relatório sobre sugestões de melhoria e mapeamento dos processos.

7.1.1.17. Realizar atendimento e orientações aos credenciados no que tange aos serviços constantes do objeto deste Termo.

7.1.1.18. Realizar as atividades de junta médica, entendida como o processo formal de validação de conduta, opinião médica ou proposta de procedimento médico indicada a um Participante, objetivando definir a sua adequação e obter a resolução de impasse quanto de uma eventual negativa em autorização prévia.

7.1.1.19. Manter registro e controle de todos os beneficiários internados à disposição da CONTRATANTE.

7.1.1.20. Efetuar visitas domiciliares, quando o paciente não apresentar condição de locomoção, e emitir parecer conclusivo para fins de benefícios do PF SAÚDE, no prazo de até 03 (três) dias úteis da solicitação da Coordenação do Programa.

7.1.1.21. Realizar visitas domiciliares nos municípios nos quais há maior quantidade de beneficiários do Programa (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e Curitiba) quando das solicitações e pedidos de prorrogação de instalação de serviços de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, acompanhante terapêutico (realizado por terapeuta ocupacional ou psicólogo (cujo acompanhamento deve ser feito por psiquiatra), apoio paramédico domiciliar, em pacientes cujo quadro clínico tenha motivado ao médico assistente solicitar tais serviços, sempre que os elementos fornecidos pela documentação (relatórios e laudos de exames) não forem suficientes para decisão, verificando, inclusive, se o custeio de tais serviços para o paciente é comprovadamente menos oneroso para o PF SAÚDE que a internação em ambiente hospitalar, com emissão de laudo consubstanciado para decisão, sendo o prazo de 03 (três) dias úteis após a solicitação da Coordenação do Programa.

7.1.1.22. A Central de Regulação deverá prever a emissão dos seguintes relatórios:

a) Quantidade de guias em processo de regulação;

b) Quantidade de guias com beneficiários no local, para priorização;

c) Quantidade de guias de beneficiários internados, para priorização;

d) Volume de guias por tipo, situação e grupo de prioridade;

e) Tempo médio de autorização por modalidade;

f) Prestadores com maior volume de guias na Central de Regulação;

g) Volume de guias por fluxo de trabalho e equipe responsável;

h) Quantidade de senhas pendentes de autorização;

i) Total senhas efetivamente autorizadas e efetivamente negadas.

7.1.1.23. As demandas que necessitam de análise e definição da CONTRATANTE serão atendidas pela Coordenação do PF SAÚDE.

7.1.1.24. A CONTRATADA, nas ocorrências de acidente ou situação com vítima, deverá:

a) Assessorar o atendimento em caso de acidente com vítima, mediante a identificação do beneficiário ou dependente, por meio do nome e cartão da saúde, verificar se o beneficiário faz jus a prestação do serviço, se pertinente, solicitar o local de ocorrência, telefone para contato e relato da ocorrência;

b) Providenciar o atendimento em hospital credenciado existente na localidade da ocorrência e, se não existir o atendimento adequado na localidade ou providenciar a remoção do beneficiário para o local mais próximo que tenha a assistência necessária;

c) Contatar o médico que está prestando o 1º atendimento, a fim de confirmar a necessidade e o tipo de remoção adequado para a situação;

d) Comunicar à CONTRATANTE no primeiro dia útil após o ocorrido.

7.1.1.25. Na emissão dos relatórios citados no subitem anterior, o sistema da CONTRATADA deverá prever os seguintes filtros para pesquisa:

a) Local/Prestador;

b) Guia de Solicitação/SADT;

c) Tipo de procedimento: Clínico/Cirúrgico/Internação;

d) Status da Autorização: Negada/Autorizada/Em análise/Parcialmente negada/Cancelada.

7.1.1.26. As autorizações que necessitem de análise mais detalhada deverão ser encaminhadas ao PF-Saúde.

7.1.1.27. Em todas as autorizações deverá constar o seu custo prévio estimado.

7.1.1.28. A central estará disponível em horário integral (24/7/365), tendo como finalidade toda a regulação do uso dos benefícios contratados pelos usuários do Programa da CONTRATANTE, considerando a lógica dos diferentes níveis de regulação com uma atividade prévia de revisão dos parâmetros existentes no sistema.

7.1.1.29. As atividades a serem desempenhas pela Central de Regulação serão prestadas de acordo com os seguintes níveis de serviço:

a) Nível 1: Não terá trabalho de equipe técnica, apenas liberações via portal, de acordo com a parametrização realizada (rotina automatizada);

b) Nível 2: Trabalho técnico realizado por enfermeiros auditores para procedimentos de média complexidade, internações clínicas e de urgência e emergência, e de farmacêuticos auditores para contra auditoria de utilização de OPMEs, inclusive serviço de cotações de materiais entre os fornecedores, ressaltando que autorização ou negativa de procedimento é ato de exclusividade do médico;

c) Nível 3: Trabalho técnico realizado por médicos auditores de diversas especialidades, dando suporte ao nível 2, além do atendimento dos casos de alta complexidade, tais como: internações cirúrgicas e prolongadas, prorrogações, análise da indicação dos OPMEs, pareceres técnicos para novas tecnologias e novas técnicas operatórias, dentre outros. Em caso de odontologia, será realizado por dentistas auditores;

d) Nível 4: Trabalho técnico realizado por médicos auditores especialistas, acionados pelos médicos da central ou quando o sistema estiver configurado para direcionar determinada guia diretamente para o especialista, através de configuração dos códigos de procedimentos. Exemplos: cardiologia, neurologia, cirurgia de coluna, ortopedia especializada, radiologia, oncologia (radioterapia e quimioterapia), dentre outras.

7.1.1.30. Para apoio de todos os níveis acima, deverá haver uma equipe administrativa para providenciar:

a) Contatos médicos;

b) Cobrança de documentação;

c) Acompanhamento dos prazos acordados (SLAs) e prazos da RN259, após alerta de sistema de gestão, conforme parametrizações definidas;

d) Envio de cartas de negativas;

e) Operacionalização de processo de junta médica e segunda opinião;

f) Solicitações de autorizações, atendimentos, perícias e auditorias;

g) Regulação médica e odontológica - parametrização de regras de auditoria médica (GUIA TISS);

h) Regulação de oncologia e OPME (órtese, prótese, materiais especiais);

i) Assistência jurídica para os acasos de judicialização de demandas decorrentes de negativas de atendimento;

j) Outras áreas de apoio.

7.1.1.31. A solução informatizada deverá utilizar recursos para otimização das autorizações/atendimentos aos usuários e prestadores, com possibilidade de troca de mensagens com os

prestadores via mensagens SMS, portal de atendimento mobile para esclarecimento de dúvidas, utilização de regras de análise que impeçam a abertura de solicitações com informações incompletas ou inconsistentes, dentre outras.

7.1.1.32. Auditoria Prospectiva.

7.1.1.33. Reuniões técnicas para estabelecimentos das rotinas de atendimentos e scripts da Central, desenho e implantação dos fluxos de regulação.

7.1.1.34. Implantação das estruturas e infraestruturas de telefonia e atendimento.

7.1.1.35. Implantação das Regras de Parametrização.

7.1.1.36. A disponibilização das regras e parâmetros para o sistema informatizado de gerenciamento ocorrerá nesta fase, objetivando a consistência na liberação de cada procedimento, utilizando regras de associação, a exemplo de:

- a) Adequação entre sexo e idade;
- b) Entre sexo e procedimento;
- c) Necessidade por tipo de perícia;
- d) Procedimentos únicos, utilizando o histórico de atendimento de cada beneficiário;
- e) Caráter do atendimento (eletivo, urgência, emergência);
- f) Prazo intervalar dos procedimentos;
- g) Limite máximo e mínimo do procedimento por topografia anômica;
- h) Atualização periódica de acordo com as publicações do ROL da ANS;
- i) Dentre outros.

7.1.1.37. Os parâmetros e fluxos inseridos no sistema informatizado deverão ser ajustados sempre que necessário, de forma a manter a consistência com a realidade da operação a ser liberada.

7.1.1.38. Disponibilizar acesso ao sistema de gestão para os prestadores via WEB, com funcionalidades para troca de informações e verificação de elegibilidade do beneficiário a ser atendido, conforme previsão contratual da CONTRATANTE e de acordo com sua rede credenciada, fornecendo no mínimo todas as seguintes informações:

- a) Credenciado: CPF/CNPJ, Nome do Credenciado, Cidade/UF;
- b) Beneficiário: Nome do Beneficiário, Sexo, Data de Nascimento, Número da Carteira, Validade da Carteira, Cartão Nacional de Saúde, Situação da Carteira, Situação do beneficiário, Carências a cumprir;
- c) Identificador de Elegibilidade: Informar se o beneficiário se encontra elegível ou inelegível ao atendimento, de acordo com suas condições contratuais;
- d) Todas as guias do padrão TISS, com todas as suas regras.

7.1.2. IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO aos beneficiários e prestadores

7.1.2.1. Disponibilizar todos os recursos necessários à operacionalização dos serviços das Centrais, seguindo os seguintes requisitos:

- a) Reuniões técnicas para estabelecimentos das rotinas de atendimentos e scripts da Central;
- b) Implantação das estruturas e infraestruturas de telefonia e atendimento;
- c) Treinamento da equipe interna da empresa CONTRATADA para operacionalização dos scripts de atendimento.

7.1.2.2. É obrigação da CONTRATADA oferecer aos seus empregados, a suas expensas e sem possibilidade de ressarcimento, cursos de formação e aperfeiçoamento profissional, de modo a disponibilizar, permanentemente, mão-de-obra especializada para a prestação dos serviços de atendimento aos beneficiários e prestadores do PF SAÚDE.

7.1.2.3. A CONTRATADA deverá fornecer serviço de atendimento aos beneficiários e prestadores.

7.1.2.4. A operação de atendimento para beneficiários e prestadores por atendimento telefônico e por meio eletrônico (portal de serviços, aplicativo, aplicativos de mensagem instantânea, chatbot, chat com mensagens instantâneas etc) deverá funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados.

7.1.2.5. Os serviços de atendimento aos beneficiários compreendem as seguintes atividades:

- 7.1.2.5.1. Orientar o beneficiário, com retorno posterior quando necessário;
- 7.1.2.5.2. Orientar quanto às formas de utilização e acesso aos serviços assistenciais;
- 7.1.2.5.3. Informar sobre os percentuais de contribuição e coparticipação;
- 7.1.2.5.4. Informar sobre autorizações ou negativas de procedimentos;
- 7.1.2.5.5. Informar sobre os horários de atendimentos regulares e especiais;
- 7.1.2.5.6. Informar sobre credenciamento, suspensão de atendimento ou descredenciamento de prestadores;
- 7.1.2.5.7. Informar/confirmar/atualizar dados cadastrais de beneficiários registrados no sistema informatizado;
- 7.1.2.5.8. Orientar sobre programas especiais e preventivos eventualmente existentes ou que venham a ser criados pelo CONTRATANTE;
- 7.1.2.5.9. Apoiar em dificuldades de atendimento junto ao prestador;
- 7.1.2.5.10. Atender e registrar reclamações de beneficiários, prestando os devidos esclarecimentos quando possível;
- 7.1.2.5.11. Informar protocolo do atendimento ao beneficiário conforme resolução específica da ANS;
- 7.1.2.5.12. Registrar e gravar o atendimento vinculado ao protocolo gerado;
- 7.1.2.5.13. Acessar a base de conhecimento ou sistema de informação para consultar a informação solicitada;
- 7.1.2.5.14. Emitir cartas de negativa para procedimentos previamente negados pela CONTRATANTE;
- 7.1.2.5.15. Atendimento seguindo um script definido entre as partes previamente ao início dos atendimentos;
- 7.1.2.5.16. Esclarecimentos aos beneficiários sobre os prazos de autorização de procedimentos conforme resolução específica da ANS;
- 7.1.2.5.17. Esclarecimentos aos beneficiários sobre dúvidas sobre o plano/programa de saúde;
- 7.1.2.5.18. Esclarecimentos sobre demandas específicas do regulamento Interno da CONTRATANTE.

7.1.2.6. A CONTRATADA deverá disponibilizar infraestrutura para as centrais: call center, chat com mensagens instantâneas, portal de serviços e aplicativo.

7.1.2.7. Todos os custos de telefonia nas centrais do Call Center e da Central de Autorizações ocorrerão por conta da CONTRATADA.

7.1.2.8. A forma de acesso do beneficiário ao Call Center será através de ligação gratuita.

7.1.2.9. A CONTRATADA deverá disponibilizar acesso através de canal eletrônico entre reguladores, auditores e prestadores durante toda a operação, para a recepção de documentos, solicitações médicas e odontológicas e troca de informações, sendo de responsabilidade da CONTRATADA todos os custos.

7.1.2.10. A CONTRATADA deverá disponibilizar canal de comunicação entre reguladores e auditores com os prestadores de serviços da Rede Credenciada do PF SAÚDE, sendo da responsabilidade da CONTRATADA todos os custos.

7.1.2.11. A solução tecnológica utilizada pela CONTRATADA deverá:

- 7.1.2.11.1. Ter a capacidade interna de anúncio de modo a permitir a gravação de mensagens;
- 7.1.2.11.2. Ter capacidade de roteamento das chamadas com base nos seguintes itens:
- 7.1.2.11.3. Atendente há mais tempo livre;
- 7.1.2.11.4. Tempo médio de resposta;
- 7.1.2.11.5. Chamada há mais tempo na fila;
- 7.1.2.11.6. Número de chamadas na fila;
- 7.1.2.11.7. Número de atendentes em disponibilidade;
- 7.1.2.11.8. Prioridade;
- 7.1.2.11.9. Especialidade do atendente;
- 7.1.2.11.10. Hora do dia;
- 7.1.2.11.11. Ter capacidade de acréscimo de componentes conforme as necessidades para a melhoria de desempenho;
- 7.1.2.11.12. Possibilitar a integração com o módulo de URA (Unidade de Resposta Auditiva);
- 7.1.2.11.13. Possuir integração com o Sistema de Gerenciamento e de Monitoramento de Chamadas.

7.1.2.12. A CONTRATADA deverá disponibilizar Sistema de Monitoramento de Chamadas que gerencie todas as posições ativas ou receptivas, com as seguintes características:

- 7.1.2.12.1. Monitoramento em tempo real;
- 7.1.2.12.2. Possibilidade de intervenção do supervisor na ligação;
- 7.1.2.12.3. Capacidade de gerenciamento de expectativa na fila de espera;
- 7.1.2.12.4. Capacidade de integração com o sistema de gerenciamento de força de trabalho;
- 7.1.2.12.5. Permitir que os supervisores monitorem on-line os atendimentos, através de escuta;
- 7.1.2.12.6. Disponibilizar equipe operacional das Centrais, em volume compatível com a suficiência desejada nos níveis operacionais de serviços dispostos;
- 7.1.2.12.7. Os profissionais deverão possuir conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas a cada função. A CONTRATADA deverá aplicar metodologia de seleção capaz de averiguar a adequação do perfil profissional dos candidatos.

7.1.2.13. Os seguintes atendimentos serão prestados 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados:

- 7.1.2.13.1. Atendimento receptivo e ativo ao beneficiário;
- 7.1.2.13.2. Atendimento receptivo ao prestador;
- 7.1.2.13.3. Atendimento de urgência e emergência.

7.1.2.14. O Atendimento aos beneficiários, atendido no regime de 24 horas por dia, 7 dias por semana (24/7/365), deve abranger:

- 7.1.2.14.1. Tempo médio estimado das chamadas em 10 minutos;
- 7.1.2.14.2. Tempo de espera máximo proposto de 60 (sessenta) segundos;
- 7.1.2.14.3. Taxa de atendimento: 90% das ligações recebidas.

7.1.2.15. As informações e atendimento aos beneficiários devem estar de acordo com a Resolução Normativa n. 395 da ANS. Deverá ser fornecido o número do protocolo para todos os atendimentos efetuados, seja por meio telefônico ou por sistema.

- 7.1.2.16. A CONTRATADA deverá arquivar, pelo prazo de 180 dias, e disponibilizar em até 48h, em meio impresso e eletrônico, os dados do atendimento aos beneficiários, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.
- 7.1.2.17. A URA deverá estar instalada na rede interna da CONTRATADA.
- 7.1.2.18. Toda ligação gravada deve ser precedida de um alerta de que se trata de mensagem gravada.
- 7.1.2.19. O conteúdo das mídias deve ser de fácil acesso e possibilitar recuperação no meio eletrônico disponibilizado à Polícia Federal, por meio de busca por assunto, número de telefone, nome do beneficiário, nome do operador, data e hora, número do protocolo.
- 7.1.2.20. A CONTRATADA deverá possuir mecanismos de segurança contra acessos indevidos por meio de senha ou outra forma de validação.
- 7.1.2.21. A URA deverá prever a execução de pesquisa de satisfação após a finalização do atendimento humano.
- 7.1.2.22. No caso de URA inoperante, por qualquer motivo, a ligação deverá ser transferida para o atendimento humano imediatamente até que o problema seja sanado e a URA normalizada.
- 7.1.2.23. A solução deverá fornecer os seguintes relatórios estatísticos baseados na utilização de cada serviço disponível, por períodos, durante o dia, além de relatórios sobre ocorrências de falhas em cada recurso do sistema:
- 7.1.2.23.1. Recursos ativos e inativos;
- 7.1.2.23.2. Chamadas atendidas;
- 7.1.2.23.3. Chamadas abandonadas (com a indicação do ponto de abandono);
- 7.1.2.23.4. Falha na conexão com a Rede local;
- 7.1.2.23.5. Falha na conexão com o Servidor de Sistema;
- 7.1.2.23.6. Comunicação de inoperância do Sistema do usuário;
- 7.1.2.23.7. Estatística para o número de ligações abandonadas sem discagem, ligações que caíram durante a discagem, ligações atendidas com sucesso etc.
- 7.1.2.24. Deverá, ainda, ser possível efetuar o acesso e a impressão desses relatórios, bem como a importação para planilhas eletrônicas.
- 7.1.2.25. A Central deverá prestar serviços de atendimento aos beneficiários e prestadores, acessando as bases de dados de informações definidas pelo PF SAÚDE, e registrar as solicitações no Módulo Atendimento do sistema da CONTRATADA.
- 7.1.2.26. Os serviços de atendimento prestados pela CONTRATADA compreendem as atividades descritas a seguir:
- 7.1.2.26.1. Atender as ligações transferidas da URA;
- 7.1.2.26.2. Registrar ligações;
- 7.1.2.26.3. Fornecer número de protocolo gerado pelo Módulo Atendimento do sistema próprio, conforme padrão estabelecido no Anexo I da Resolução Normativa nº 395;
- 7.1.2.26.4. Prestar esclarecimentos com base nos "scripts" (respostas padrão);
- 7.1.2.26.5. Registrar as solicitações, denúncias, reclamações feitas pelo beneficiário, nos sistemas receptivos da Central de Atendimento e fornecer resposta, conforme os tempos de resposta de demanda;
- 7.1.2.26.6. Garantir a transferência imediata para a área competente para atendimento definitivo da demanda, caso o primeiro atendente não tenha essa atribuição;
- 7.1.2.26.7. Efetuar ligações informativas e resolutivas, conforme solicitação do PF SAÚDE, mediante "scripts" predeterminados pela CONTRATANTE.
- 7.1.2.27. Os serviços de atendimento receptivo telefônico aos prestadores compreendem as seguintes atividades:
- 7.1.2.27.1. Realizar o atendimento ao credenciado, com retorno posterior quando necessário;
- 7.1.2.27.2. Realizar consultas ao banco de dados cadastrais, registro de solicitações e fornecimento de informações via Internet, por fax, carta ou outros meios seguros de comunicação que venham a ser utilizados;
- 7.1.2.27.3. Realizar orientações de cunho regulamentar (coberturas, regulamentos, regras);
- 7.1.2.27.4. Realizar orientações de caráter assistencial e fluxos assistenciais (endereços e especialidades dos demais prestadores da rede prestadora credenciada);
- 7.1.2.27.5. Informar ao prestador sobre previsão de créditos, bem como impostos e contribuições recolhidos, valores e motivos de glosas;
- 7.1.2.27.6. Informar ao prestador sobre elegibilidade de beneficiário ao atendimento;
- 7.1.2.27.7. Informar/confirmar dados dos prestadores registrados no sistema informatizado, como endereços, telefones e roteiros para localização e acesso.
- 7.1.2.28. Os serviços de atendimento receptivo telefônico aos prestadores compreendem as seguintes atividades:
- 7.1.2.28.1. Informar protocolo do atendimento ao prestador conforme resolução específica da ANS;
- 7.1.2.28.2. Registrar e gravar o atendimento vinculado ao protocolo gerado;
- 7.1.2.28.3. Acessar a base / sistema de informação para consultar a informação solicitada;
- 7.1.2.28.4. Realizar o atendimento seguindo um script definido entras as partes previamente ao início dos atendimentos;
- 7.1.2.28.5. Realizar o atendimento ao credenciado, com retorno posterior quando necessário;
- 7.1.2.28.6. Realizar consultas ao banco de dados cadastrais, registro de solicitações e fornecimento de informações via Internet, por fax, carta ou outros meios seguros de comunicação que venham a ser utilizados;
- 7.1.2.28.7. Realizar orientações de cunho regulamentar (coberturas, regulamentos, regras);
- 7.1.2.28.8. Realizar orientações de caráter assistencial e fluxos assistenciais (endereços e especialidades dos demais prestadores da rede prestadora credenciada);
- 7.1.2.28.9. Informar ao prestador sobre previsão de créditos, bem como impostos e contribuições recolhidos, valores e motivos de glosas;
- 7.1.2.28.10. Informar ao prestador sobre elegibilidade de beneficiário ao atendimento;
- 7.1.2.28.11. Informar/confirmar dados dos prestadores registrados no sistema informatizado, como endereços, telefones e roteiros para localização e acesso.
- 7.1.2.29. Relatórios.
- 7.1.2.29.1. A solução deverá fornecer os seguintes relatórios estatísticos baseados na utilização de cada serviço disponível, por períodos, durante o dia, além de relatórios sobre ocorrências de falhas em cada recurso do sistema; deverá, ainda, ser possível efetuar o acesso e a impressão desses relatórios, bem como a importação para planilhas eletrônicas de mercado:
- a) Recursos ativos e inativos;
- b) Chamadas atendidas;
- c) Chamadas abandonadas (com a indicação do ponto de abandono);
- d) Chamadas transbordadas;
- e) Falha na conexão com a Rede local;
- f) Falha na conexão com o Servidor de Sistema;
- g) Comunicação de inoperância do Sistema do usuário;
- h) Estatística para o número de ligações abandonadas sem discagem, ligações que caíram durante a discagem, ligações atendidas com sucesso, etc.
- i) Indicadores das chamadas: Tempo Médio de Espera para Atendimento, Tempo Médio para Abandono, Tempo Médio para Transbordo, Tempo Médio de Atendimento e rechamadas.

7.1.3. GESTÃO DE INTERNADOS.

- 7.1.3.1. O sistema deve permitir o gerenciamento de beneficiários internados, permitindo ações em tempo real e mantendo o mapa de internações atualizado de forma on-line.
- 7.1.3.2. A plataforma deve integrar a central de regulação, permitindo receber todas as autorizações de internações liberadas pela Central de Regulação, proporcionando a troca de informações com agilidade e controle entre os auditores distribuídos nos hospitais.
- 7.1.3.3. Para o gerenciamento das internações, a plataforma deve permitir:
- 7.1.3.3.1. Cadastro das visitas ao paciente internado;
- 7.1.3.3.2. Cadastro das prorrogações do paciente internado;
- 7.1.3.3.3. Cadastro das contas hospitalares classificadas por tipo de despesas e respectivas glosas realizadas pelos auditores nos hospitais;
- 7.1.3.3.4. Controle dos custos assistenciais;
- 7.1.3.3.5. Mapa dos internados em tempo real;
- 7.1.3.3.6. Indicadores de TMI (tempo médio por dia), TMP (tempo médio de permanência) e CPD (custo por dia);
- 7.1.3.3.7. Histórico dos itens anteriores para o paciente internado;
- 7.1.3.3.8. Informar o nível de complexidade assistencial do paciente internado;
- 7.1.3.3.9. Indicadores do nível de complexidade assistencial do paciente internado;
- 7.1.3.3.10. Informações sobre o nível de segurança do paciente conforme prevê a ANVISA no Programa Nacional de Segurança do Paciente (RDC nº36/2013);
- 7.1.3.3.11. Informações sobre o nível de internações por ICSAP-Internações por condições sensíveis à atenção primária;
- 7.1.3.3.12. Informações sobre o nível de reinternações em menos de 30 (trinta) dias;
- 7.1.3.3.13. Mobilidade.
- 7.1.3.4. Aplicativo mobile para auditores.
- 7.1.3.4.1. Prever módulo mobile para gerenciar os prazos e periodicidades quanto a realização das ordens de serviço (auditoria concorrente de leito) das equipes técnicas (médico / enfermeiro), respeitando os critérios das regras da operadora nos prestadores credenciados e beneficiários.
- 7.1.3.4.2. A CONTRATADA deverá disponibilizar no aplicativo mobile a existência de pacientes internados dos quais ainda não foram regulados (sem autorização).
- 7.1.3.4.3. Disponibilizar aplicativo nas plataformas Android e iOS, e em caso de indisponibilidade de rede de internet, a plataforma precisa trabalhar off-line e após restabelecer a conexão com a internet precisa sincronizar os dados com a central de monitoramento.
- 7.1.3.4.4. Integração com a central de regulação.
- 7.1.3.4.5. A plataforma deve permitir integração com o Sistema de Gestão, precisa receber as autorizações de internações após a liberação pela central de regulação.
- 7.1.3.4.6. Permitir monitoramento das autorizações e identificar o paciente internado para iniciar o processo de gestão do sinistro.
- 7.1.3.4.7. O Mapa dos Internados da plataforma deve gerar as ordens de serviços para sua equipe interna ou de empresas terceiras de auditoria. Através da plataforma mobile os auditores recebem as ordens de serviços em tempo real para visitar os beneficiários em determinados hospitais e registrar todas as ocorrências durante a auditoria (desde solicitar novas

registrações, registrar alta, glosas, etc.).

7.1.3.5. Funcionalidade do mapa de internação:

7.1.3.5.1. O mapa de internação da plataforma deve ser totalmente dinâmico para facilitar a visualização dos pacientes internados, contendo as seguintes informações:

7.1.3.5.2. Pacientes internados por competência/dia, por:

- a) Estado;
- b) Município;
- c) Prestadores;
- d) Frequência das Ordens de Serviços;
- e) Faixa de Diárias;
- f) Tipo de internação;
- g) Regime de Internação;
- h) Condição de atendimento.

7.1.3.5.3. O sistema deverá possibilitar a exportação dos beneficiários internados com as informações do subitem anterior.

7.1.3.5.4. O sistema deverá permitir a consulta de pacientes internados, no período desejado pelo usuário do sistema, de determinado paciente e/ou determinado hospital, relacionando todas as internações ocorridas no período consultado, em ordem alfabética de paciente, informando no mínimo:

- a) Nome do paciente;
- b) Data/hora da admissão;
- c) Data/hora da alta;
- d) Motivo da internação;
- e) Motivo da alta e dias de internação;
- f) Somente pacientes internados;
- g) Somente pacientes de alta;
- h) Pacientes internados e de alta.

7.1.3.6. Módulo de Prontuário Eletrônico disponível para auditores

7.1.3.6.1. O sistema deverá inserir informações no atendimento de pacientes e dados da evolução clínica, nos termos das Resoluções 1638/02 e 1639/02 do Conselho Federal de Medicina.

7.1.3.6.2. O sistema deverá garantir a segurança dos dados, conforme a práticas de mercado, e sob pena da lei mesmo para vazamentos não intencionais.

7.1.3.6.3. O sistema deverá possibilitar o cadastro dos pacientes com os dados de identificação do paciente, natureza do atendimento, controle de data e hora.

7.1.3.6.4. O sistema deverá permitir a visualização do histórico clínico do paciente, com informações da sua evolução clínica.

7.1.3.6.5. O sistema deverá possibilitar o cadastro das informações do exame físico do paciente, permitindo a inserção de dados de revisão de sistemas, bem como demais informações usualmente utilizadas na anamnese clínica de formas padronizada e parametrizada.

7.1.3.6.6. O sistema deverá possibilitar a consulta ao prontuário eletrônico do paciente através de campos de pesquisa, tais como: Nome, Registro Geral e CPF do Paciente.

7.1.3.6.7. O sistema deverá permitir o lançamento das visitas realizadas aos pacientes internados com as informações do exame físico do paciente, permitindo a inserção de dados de revisão de sistemas, bem como demais informações usualmente utilizadas na anamnese clínica de formas padronizada e parametrizada.

7.1.3.6.8. O sistema deverá permitir listar os problemas, hipóteses diagnósticas e diagnósticos de forma padronizada e parametrizada.

7.1.3.6.9. O sistema deverá permitir a inserção da prescrição e de receituário médicos.

7.1.3.6.10. O sistema deverá possibilitar a emissão de relatório do mapa de pacientes internados com todas as informações decorrentes do lançamento da visita e histórico do paciente, data da internação, nome do prestador, data do lançamento das informações e data da visita pelo médico/enfermeiro.

7.1.3.6.11. Em caso de indisponibilidade de rede de internet do celular do Auditor, a plataforma deve trabalhar off-line e após restabelecer a conexão com a internet deve sincronizar os dados com a central de monitoramento.

7.1.3.6.12. Este módulo deverá estar disponível nas versões Web e Mobile (dos auditores da CONTRATADA) para atender aos serviços de auditoria médica e perícia médica presencial.

7.1.3.6.13. Deve ser mantido registro e controle de todos os beneficiários internados, executando, a CONTRATADA, serviços de auditoria concorrente, que consistam no acompanhamento por profissionais médicos e enfermeiros a beneficiários internados há mais de 3 (três) dias na rede de hospitais credenciados (todos os tipos de acomodação), contemplando:

a) Visitas hospitalares a partir do 2º (segundo) dia de internação, que deverão subsidiar as solicitações de prorrogação de internação, exames especializados, pareceres e demais procedimentos previstos na auditoria prospectiva, incluindo neste acompanhamento 1 (uma) visita semanal aos pacientes, realizada por enfermeiro auditor ou por médico auditor, se indicado pela enfermagem.

b) Os relatórios da auditoria in loco de enfermagem deverão subsidiar os trabalhos da auditoria in loco do médico auditor.

7.1.3.6.14. Comunicar a previsão de alta dos pacientes que irão necessitar de acompanhamento ambulatorial ou assistência domiciliar visando a prevenção de novas complicações e ou agravamento da doença de base.

7.1.3.6.15. Manter contato com o corpo médico ou médico assistente, visando esclarecimentos quanto ao quadro clínico, objetivando a otimização do tempo de internação, agilizando a realização de exames complexos, terapias e procedimentos clínicos e cirúrgicos (enviando laudos de exames, justificativas respondidas e cópias de solicitação de cirurgias e OPME, se assim se fizer necessário para a Central de Regulação e, por fim, verificando e comunicando a possibilidade de desospitalização).

7.1.3.6.16. Verificar se a conduta adotada na internação é compatível com a patologia do paciente.

7.1.3.6.17. Verificar o andamento dos procedimentos solicitados pelo médico assistente, cobrando providências e agilidade da equipe do hospital, registrando essas ocorrências em seu relatório;

a) Verificar se os procedimentos médicos realizados são compatíveis com a autorização concedida pela operadora;

b) Verificar se os materiais, medicamentos e equipamentos utilizados são compatíveis com a patologia do paciente;

c) Fazer as observações necessárias junto ao médico assistente com o objetivo de reduzir os custos para a operadora e de garantir o bem-estar e a recuperação do paciente;

d) Observar as condições hospitalares tais como acomodações, higiene, controle de infecção hospitalar, ventilação, etc., notificando a operadora nos casos em que julgar necessário.

7.1.4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE CONTAS MÉDICAS E HOSPITALARES E DE REEMBOLSO.

7.1.4.1. O processamento de contas médicas deverá ser realizado com apoio de sistema informatizado que permita:

7.1.4.1.1. Automação dos processos, recebimento, faturamento e envio de contas médicas entre a Rede Credenciada e a CONTRATANTE, atendendo a todos os requisitos preconizados pela ANS;

7.1.4.1.2. Recepção dos sinistros por via eletrônica e manual da Rede Credenciada, validando e conciliando as informações;

7.1.4.1.3. Recepção e processamento, baseado em regras de negócio, dos arquivos de faturamento transmitidos de forma eletrônica;

7.1.4.1.4. Captar os dados necessários para a realização de transações de faturamento eletrônico com os prestadores de serviço credenciados;

7.1.4.1.5. Recepção de 100% da documentação física de faturamento para digitalização, processamento e recebimento de contas e anexos digitalizados para posterior validação e entrega à operadora, prontos para pagamento;

a) Recepção de contas médicas;

b) Conferência e glosa de valores de materiais e medicamentos fora dos valores pactuados pelas tabelas oficiais;

c) Faturamento eletrônico (padrão XML);

d) Implantação da ferramenta que permite ao Prestador realizar o faturamento de forma automática;

e) Conferir as faturas, avaliando a necessidade/fidelidade do preenchimento dos campos analisados, com base na documentação disponibilizada/exigida pelo CONTRATANTE, para fins de devolução e orientação à rede credenciada. Em caso de recebimento de faturas incompletas ou com inconsistências, a CONTRATADA deverá devolvê-las ao prestador, com o motivo da devolução devidamente justificado.

f) Controle de recursos de glosas;

g) Controle de vencimentos e pagamentos das faturas;

h) Disponibilização de extrato on line para os prestadores e valor para emissão de NF por meio eletrônico;

7.1.4.2. Auditoria Retrospectiva: Consiste nos serviços de análise de contas médico-hospitalares (in loco) para beneficiários atendidos nos hospitais credenciados abrangendo a análise e revisão de glosas por profissionais médicos e enfermeiros, contemplando:

a) Auditoria de contas de internação e de atendimentos de urgência e emergência, diretamente nos hospitais credenciados;

b) Verificar se a cobrança dos honorários médicos é compatível com a patologia/procedimento;

c) Verificar se a cobrança de materiais, medicamentos, diárias, taxas e serviços auxiliares de diárias são compatíveis quantitativa e qualitativamente com a patologia/procedimento e com os valores financeiros previstos nas tabelas vigentes e/ou adotadas pela operadora;

d) Verificar se as prorrogações e os procedimentos relativos às intercorrências foram autorizados previamente pela operadora;

e) Verificar as contas de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais;

f) Verificar as contas de atendimento de pronto socorro. Neste caso, será estabelecido protocolo para análise de contas, eliminando a necessidade de auditoria, no mínimo, para as contas que contemplem somente consulta médica;

g) Discutir e resolver os casos divergentes com o médico assistente e/ou diretor clínico do hospital, nos casos em que a pré-análise da conta apresentar discordância com o efetivamente realizado e a necessidade de realização;

h) Avaliar a conta contra o prontuário do paciente, validando ou criticando o diagnóstico, evolução, procedimentos, rotinas, diárias, taxas, honorários, equipamentos, serviços, valores e quantidades de medicamentos e materiais gerais, se os exames estão acompanhados dos respectivos pedidos e laudos, se a autorização prévia está anexa à conta. No caso dos OPME, além de marca, valores e quantidades e quantitativos, identificação, especificações, autorização prévia e as informações constantes nas etiquetas do produto, analisando as etiquetas anexadas aos prontuários e conferência da nota fiscal (obrigatória);

j) Registrar o resumo do trabalho de contas com os valores de itens glosados e liberados, o resultado da auditoria, o aceite do hospital referente às glosas e a Garantir, ainda, através do sistema informatizado, o controle de eventos de autorização limitados quantitativamente, conforme variáveis das diferentes modalidades assistenciais constantes no Regulamento próprio da CONTRATANTE;

k) Disponibilizar no sistema as informações do demonstrativo de utilização, o demonstrativo de reembolso e a prévia de reembolso, observados os modelos previamente aprovados pelo CONTRATANTE;

k) Disponibilizar no sistema as informações sobre cada pagamento, permitindo aos prestadores identificar o detalhamento dos pagamentos, explicações de eventuais glosas, valores de tributos, sempre de acordo com o cronograma em vigor;

l) Disponibilizar de maneira detalhada os motivos de glosa e pagamento conforme definição da CONTRATANTE, guardando o histórico;

m) Identificação dos executores.

7.1.4.3. A auditoria das contas será realizada após a alta do paciente ou, nos casos de internação de longo período, quando o credenciado efetuar a cobrança parcial das despesas, porém sempre antes do envio destas contas para a operadora.

7.1.4.4. São da responsabilidade da CONTRATADA as revisões de glosas solicitadas pelos credenciado/contratados. As respostas aos recursos de glosas deverão ser encaminhadas, por meio eletrônico, diretamente aos prestadores e embasadas nos critérios técnicos definidos pelo Programa.

7.1.4.5. O processamento de contas deverá prever a emissão dos seguintes relatórios:

7.1.4.5.1. Dados de volume e custo dos eventos;

7.1.4.5.2. Gerenciais individualizados por beneficiário e grupo familiar (demonstrativo global de utilização);

7.1.4.5.3. Eventos pagos à rede credenciada, com históricos individualizados por prestador ou beneficiário contemplado (demonstrativo global de pagamento);

7.1.4.5.4. Ressarcimento ao beneficiário por meio do reembolso;

7.1.4.5.5. Mensais de glosas, glosa aceita e glosa em recurso, por prestador;

7.1.4.6. Demonstrativo de Pagamento, Demonstrativo de Análise das Contas Médicas e Extrato do Prestador.

7.1.5. CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS, PRESTADORES E PRODUTOS

7.1.5.1. Cadastro de Prestadores e negociações:

7.1.5.1.1. Recebimento de processos para inclusão de prestadores e alterações cadastrais;

7.1.5.1.2. Importação de tabelas de materiais, medicamentos;

7.1.5.1.3. Atualizações e reajustes de tabelas de diárias e taxas de prestadores;

7.1.5.1.4. Cadastramento de pacotes;

7.1.5.1.5. Aplicação de negociações específicas de prestadores;

7.1.5.1.6. Inclusão de Anotações Administrativas;

7.1.5.1.7. Anexo de documentos, contratos e aditivos de prestadores;

7.1.5.1.8. Alteração cadastral de especialidades, endereços de atendimento e cobertura e preços especiais;

7.1.5.1.9. Inclusão, alteração e remoção de tabelas de valores de prestadores;

7.1.5.1.10. Controle de alertas de prestadores;

7.1.5.1.11. Cancelamento, suspensão, reativação e substituição de prestadores.

7.1.5.2. Cadastro de Beneficiários:

7.1.5.2.1. Cadastro de Beneficiários;

7.1.5.2.2. Importação, validação, conferência e efetivação de lotes oriundos da rotina de pré-cadastro. Deverá ser permitida a auto adesão via portal de atendimento e aplicativo mobile ao beneficiário interessado em ingressar no plano, o qual estará sujeito às regras de validação estabelecidas;

7.1.5.2.3. Conferência, validação, arquivamento e anexo de documentos associados de beneficiários e de empresas;

7.1.5.2.4. Geração do arquivo para impressão de carteiras;

7.1.5.2.5. Conferência das carteiras impressas;

7.1.5.2.6. Cadastro de carência, grupos de carências e associação a empresas e beneficiários;

7.1.5.2.7. Cadastro de limites, franquias e associação a empresas e beneficiários.

7.1.5.2.8. Cadastro de Produtos;

7.1.5.2.9. Movimentação e Regras do Plano - configuração das regras de coparticipação;

7.1.5.2.10. Importações de Vidas/Manutenção de Dados – Importação de arquivos cadastrais.

7.1.6. GESTÃO DE REDE

7.1.6.1. Análise de rede:

7.1.6.1.1. Emitir pareceres, por meio de análise técnica, documental e entrevistas, para subsidiar decisão administrativa quanto ao credenciamento, inclusão de especialidade, descredenciamento de profissional ou empresa, em âmbito nacional, por estado, cidade ou região de saúde, segundo os parâmetros e orientações estabelecidos em conformidade com os normativos da CONTRATANTE;

7.1.6.1.2. Gerenciar o dimensionamento da rede credenciada, avaliando carências de especialidades em determinadas localidades e prospectando prestadores para supri-las, bem como avaliar aquelas especialidades que estão suficientes e, portanto, não se devem abrir novos credenciamentos.

7.1.6.2. Relacionamento com a rede credenciada (credenciamento/análise de documentação e qualificação do prestador).

7.1.6.2.1. Informar Nome da Operadora, Registro ANS da Operadora, Plano, Registro do Plano na ANS, Situação do Plano, Segmentação Assistencial do Plano, Padrão de Acomodação, Tipo de Contratação, Abrangência Geográfica de Cobertura;

7.1.6.2.2. Realizar a análise técnica/administrativa da documentação para fins de formalização de termos/contratos de credenciamento com prestadores, conforme regras estabelecidas pela CONTRATANTE e ANS;

7.1.6.2.3. Caberá à CONTRATADA a solicitação de documentação complementar ao prestador/proponente, caso necessário, para continuidade do processo de credenciamento;

7.1.6.2.4. Após a análise do pedido de credenciamento, a CONTRATADA deve emitir relatório com seu parecer contendo sua recomendação de deferimento ou indeferimento do credenciamento, enviando para deliberação da CONTRATANTE;

7.1.6.2.5. Após toda documentação apresentada pelo prestador/proponente estar conforme, a CONTRATADA deverá emitir contrato de credenciamento e enviá-lo para o prestador, por e-mail, aposição de assinatura digital pelo prestador (acesso externo ao SEI) e posterior envio para a CONTRATANTE;

7.1.6.2.6. Quando houver solicitações dos prestadores/proponentes para alterações de cláusulas contratuais, estas deverão ser direcionadas para deliberação da CONTRATANTE, com parecer técnico/administrativo da CONTRATADA;

7.1.6.2.7. A CONTRATADA será responsável por orientar novos credenciados quanto as rotinas operacionais de atendimento, faturamento e tributação, treinamento no SISTEMA DE GESTÃO, liberação de senha provisória de acesso ao portal, conforme orientações e/ou normas da CONTRATANTE;

7.1.6.2.8. Emitir anualmente para a rede credenciada, no mês de dezembro de cada ano, o calendário de entrega de contas e pagamento do exercício seguinte com, no mínimo, 30 (trinta) dias para auditoria onde conste as seguintes datas, além de outras instruções:

a) Data de recebimento das contas;

b) Período de entrega da NF/RPA;

c) Data do pagamento.

7.1.6.3. Negociação e Gestão da Rede – Parametrização das tabelas/pacotes/tabelas de MAT/MED.

7.1.6.3.1. Prestar assessoria técnica na negociação com a rede de prestadores, participando de reuniões quando demandado pela CONTRATANTE;

7.1.6.3.2. Efetuar negociações diretas com prestadores de serviços não credenciados, para atender solicitações administrativas e/ou judiciais, a fim de garantir os atendimentos aos beneficiários, de acordo com as diretrizes da CONTRATANTE;

7.1.6.3.3. Efetuar negociações específicas em casos de suspensão de atendimentos, de acordo com as diretrizes da CONTRATANTE.

7.1.6.3.4. Efetuar negociações específicas em casos de suspensão de atendimentos;

7.1.6.3.5. Realizar pesquisas quanto a valores de procedimentos e insumos praticados no mercado;

7.1.6.3.6. Efetuar a contratualização dos credenciamentos aprovados e gerir a rede credenciada, de acordo com as determinações emanadas pela ANS e pela própria CONTRATANTE;

7.1.6.3.7. Efetuar a classificação dos prestadores, para efeito de definição dos patamares de reajuste, conforme resoluções da ANS;

7.1.6.3.8. Efetuar os reajustes definidos pela CONTRATANTE ou negociados com cada prestador nos prazos acordados e dentro da legislação vigente;

7.1.6.3.9. Dimensionamento e Referenciamento de Rede – cadastro de acordo com o tipo de prestador;

7.1.6.3.10. A CONTRATADA será responsável por enviar informes de credenciamento, descredenciamento e suspensão de atendimento aos beneficiários através do SISTEMA DE GESTÃO, e-mails e no portal corporativo (Relação dos Substituídos), conforme determina a ANS, após autorização e homologação da CONTRATANTE;

7.1.6.3.11. Disponibilizar acesso, para os beneficiários e público em geral, às informações da rede credenciada da CONTRATANTE, conforme padrão definido pela ANS e pela CONTRATANTE, através de portal na internet e em aplicativo de celular, acessando on-line, de forma a evitar a disponibilização de rede divergente da mantida no SISTEMA DE GESTÃO;

7.1.6.3.12. Gerir os convênios de reciprocidade mantidos pela CONTRATANTE, disponibilizando em seu portal e aplicativo mobile link de acesso aos portais das empresas convenentes, para acesso à sua rede credenciada;

7.1.6.3.13. Efetuar a manutenção cadastral (credenciamentos, alterações cadastrais, suspensão de atendimento, extensões de credenciamento, descredenciamento) dos prestadores de serviços da CONTRATANTE;

7.1.6.3.14. Manter atualizado o cadastro de corpo clínico dos prestadores hospitalares e serviços prestados no sistema de gestão, após recebimento da comunicação encaminhada pelos prestadores periodicamente, conforme prazos definidos em contrato pela CONTRATANTE junto ao credenciado, sendo de responsabilidade da CONTRATADA acompanhar os prazos estipulados;

7.1.6.3.15. Caso de impossibilidade de utilização do meio digital, os documentos deverão ser recebidos em meio físico, via Correios, digitalizados e inseridos no sistema de gestão;

7.1.6.3.16. Efetuar gerenciamento do cadastro e atualizações das qualificações e creditações após recebimento da comunicação encaminhada pelos prestadores;

7.1.6.3.17. Emitir os contratos e aditivos sempre que necessários;

7.1.6.3.18. Digitalizar os instrumentos contratuais e armazená-los no SISTEMA DE GESTÃO, com acesso rápido no próprio sistema, com opção de impressão;

7.1.6.3.19. Todos os documentos que compõem o processo de credenciamento e negociação, assim como pareceres da CONTRATADA, deverão ser digitalizados e anexados ao cadastro do prestador no SISTEMA DE GESTÃO;

7.1.6.3.20. É de responsabilidade da CONTRATADA o controle da recepção dos termos/contratos assinados por parte dos prestadores, assim como realização de cobrança dos instrumentos contratuais que não retornaram assinados pelos prestadores/proponentes;

7.1.6.3.21. A CONTRATADA deverá proceder o cadastro de tributos adequado aos diferentes serviços de saúde, com vistas à distinção de alíquotas por serviços e natureza do credenciado, conforme legislação federal, estadual e municipal;

7.1.6.3.22. Documentos enviados pela rede credenciada quanto a solicitação de isenção fiscal/tributária decorrentes de processos judiciais e/ou embasados na legislação deverão ser encaminhados para deliberação da CONTRATANTE acompanhado de parecer conclusivo formal da CONTRATADA;

7.1.6.3.23. Após deliberação da CONTRATANTE quanto ao credenciamento de profissionais, a CONTRATADA deverá efetivar as atualizações em sistema, com respectiva indicação de prestadores substitutos existentes, além de encaminhar comunicação eletrônica aos beneficiários, conforme prazos e fluxos estabelecidos pela ANS.

7.1.6.3.24. A gestão de rede credenciada deverá ser capaz de emitir os seguintes relatórios:

a) Preços por procedimento;

b) Custo por prestador;

c) Relação de notas fiscais por pagamento;

d) Relação de valores cadastrados por tipo de procedimento e por prestador (consultas, SADT, tabelas, pacotes).

7.1.7. SUPORTE PARA ALAVANCAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE.

7.1.7.1. A CONTRATADA deverá prover à CONTRATANTE de informações que lhes permita a criação de programas de prevenção e promoção à saúde e a subdivisão dos mesmos em grupos e subgrupos.

7.1.7.2. Disponibilizar ferramenta que permita a gestão dos dados quantitativos e qualitativos dos beneficiários, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela CONTRATADA.

7.1.7.3. Permitir a importação do cadastro dos beneficiários ou também a digitação de novas pessoas, com classificação por setor de lotação e grau de dependência entre os beneficiários.

7.1.7.4. Possibilitar a criação de programas e a subdivisão dos mesmos em grupos e subgrupos. A ferramenta também deve permitir a inclusão automática dos beneficiários selecionados na ferramenta de estratificação nos programas, grupos e subgrupos determinados.

7.1.7.5. Permitir a inserção de beneficiários em programas sem a necessidade de estratificação na base de dados.

7.1.7.6. Permitir a criação e aplicação de protocolos diferenciados com possibilidade de recursividade entre os atendimentos e possibilidade de encadeamento de atividades sucessivas com o controle das tarefas a serem executadas e sua periodicidade. Os protocolos devem ter a possibilidade de associação com os subgrupos de programas, para determinar as tarefas e periodicidade de execução aos beneficiários que fazem parte de cada programa, grupo e subgrupo.

7.1.7.7. Permitir a criação de níveis de risco dos pacientes, através de faixas de pontuação previamente cadastradas e associadas às respostas dos questionários. Através da pontuação vinculada às respostas os pacientes devem ser automaticamente classificados no nível de risco adequado. Deverá também ser possível criar quantas faixas de classificação de risco forem necessárias.

7.1.7.8. Permitir a importação do cadastro de CIDs (Código Internacional de Doenças).

7.1.7.9. Permitir o cadastro de diagnósticos com o respectivo vínculo ao cadastro de CIDs (Código Internacional de Doenças).

7.1.7.10. Permitir a criação e parametrização dos status de finalização dos contatos com a possibilidade de geração automática de novas tarefas através de parâmetros para a geração automática de agendamento para novo contato, mudança do status da tarefa ou outra ação possível dentro do sistema.

7.1.7.11. Permitir a marcação de dados de contato inconsistentes no beneficiário que tenha uma tela específica onde seja possível corrigir o cadastro do mesmo.

7.1.7.12. Permitir, durante um atendimento telefônico, consultar dados e atendimentos de familiares vinculados ao plano de saúde do participante em atendimento. Deverá permitir também iniciar o atendimento ao familiar do beneficiário através do atendimento atual sem a necessidade de buscar o familiar na base de dados.

7.1.7.13. Painel de atendimentos onde seja possível efetuar o acompanhamento de todas as atividades existentes na base de dados, com opções de consulta por classificação, modo e status do atendimento, por período inicial e final, cliente, participante e atendente.

7.1.7.14. Permitir a reabertura de atendimentos cancelados para correção e complementação de informações coletadas incorretamente.

7.1.7.15. Permitir transferir um atendimento para outro profissional.

7.1.7.16. Montagem de modelos de documentos, permitindo a criação de questionários, formulários, avaliações de eventos, entrevistas/anamneses, cartas, e-mails, SMS, etiquetas e inquéritos.

7.1.7.17. Criação de modelos de documentos com perguntas e respostas de múltipla escolha, perguntas dependentes, respostas numéricas calculadas, textos livres e datas no formato MM/AAAA ou DD/MM/AAAA. A ferramenta deverá permitir que cada resposta possa estar associada a uma pontuação específica que será utilizada para classificar o grau de risco de cada participante. Também deverá permitir que seja parametrizada para cada resposta a possibilidade de encaminhamento direto para um subgrupo de programa e também a um diagnóstico.

7.1.7.18. Possibilidade de criação de grupos dos indicadores para utilização nos modelos de documentos.

7.1.7.19. Possibilidade de criação de parâmetros de normalidade para cada indicador, vinculando faixas de resposta ao critério de normalidade. Desta forma, poderá se acompanhar a cada resposta se está dentro dos parâmetros de normalidade esperados para aquele indicador.

7.1.7.20. Criação de unidades de medida que serão utilizadas em conjunto com os indicadores específicos na aplicação dos inquéritos ou questionários.

7.1.7.21. Permitir o vínculo de indicadores acompanhados a cada participante com atualização automática através de respostas dadas durante o preenchimento dos modelos de documentos.

7.1.7.22. Permitir a montagem e aplicação de questionários personalizados utilizados no levantamento de informações do beneficiário nos contatos telefônicos com atualização automática das informações do beneficiário.

7.1.7.23. A ferramenta deverá permitir que as perguntas tenham inteligência de filtro automático, principalmente para sexo e faixa etária, fazendo com que o sistema não apresente determinadas perguntas para pacientes que não tenham relação com o sexo ou faixa etária cadastrados para aquela pergunta.

7.1.7.24. Consulta e manutenção do prontuário do paciente que apresenta a consolidação de todas as informações já coletadas do participante, bem como o acompanhamento através de listas e gráficos do uso do plano de saúde e com a possibilidade de vincular documentos e fotos relacionados ao participante diretamente ao banco de dados. No prontuário eletrônico também deverá haver o registro e manutenção das informações de médicos assistentes, medicações em uso, lista de problemas e seus respectivos CIDs, registros de exames, além de outras informações de saúde pertinentes.

7.1.7.25. Controle de históricos de contato com o beneficiário como: inquéritos e repostas dos inquéritos aplicados, contatos telefônicos, mala direta e outros.

7.1.8. AUDITORIA MÉDICA

7.1.8.1. AUDITORIA PRÉVIA DE CONTAS in loco NOS HOSPITAIS.

7.1.8.1.1. A auditoria e conferência prévia ocorrem após a alta do paciente ou, nos casos de internação de longo período, quando o credenciado/contratado efetua cobrança parcial das despesas, porém sempre antes do envio destas contas, do credenciado para o CONTRATANTE.

7.1.8.1.2. Compete à CONTRATADA:

7.1.8.1.2.1. Realizar, por meio de auditores técnicos, a auditoria das faturas hospitalares, nos hospitais credenciado/contratados selecionados pela CONTRATANTE;

7.1.8.1.2.2. Proceder à avaliação da conta contra o prontuário do paciente, validando ou criticando o diagnóstico, evolução, procedimentos, rotinas, diárias, taxas, honorários, equipamentos, serviços, quantitativo de medicamentos e materiais gerais; no caso dos OPME, além de marca e quantitativos, identificação, especificações, autorização prévia e as informações constantes nas etiquetas do produto, rubricando as etiquetas anexadas aos prontuários;

7.1.8.1.3. Quando o credenciado/contratado possuir negociação com o CONTRATANTE para faturar o procedimento por "pacote", com valores fixos, a auditoria se resume à confirmação da internação e da execução do procedimento. Caso tenha ocorrido alguma complicação clínica/cirúrgica e a internação se prolongado além do prazo fixado pelo "pacote", então o auditor deve passar a acompanhar o caso da mesma forma que uma internação com conta aberta.

7.1.8.2. AUDITORIA CONCORRENTE in loco NOS HOSPITAIS

7.1.8.2.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar um sistema próprio de gestão de auditoria, via web, apto a registrar todas as atividades externas da auditoria de prontuário/leito e de contas e enviar estas informações para o sistema de gestão via arquivos eletrônicos no padrão requerido pela ANS, emitindo protocolo dos arquivos enviados e informando os valores e itens apresentados, glosados e autorizados de cada conta.

7.1.8.2.2. Os auditores da CONTRATADA deverão ser formalmente apresentados à diretoria clínica dos hospitais antes de iniciarem seus trabalhos, uma vez que devem ter acesso irrestrito às dependências do hospital.

7.1.8.2.3. A CONTRATADA deverá realizar visitas médicas e de enfermagem a pacientes internados nos hospitais credenciado/contratados selecionados pela CONTRATANTE.

7.1.8.2.4. A CONTRATADA deverá disponibilizar para sua equipe médica aplicativo móvel, instalado em smartphones, para registro das visitas, com disponibilidade de trabalho online e off-line, quando a rede a internet ficar indisponível, com atualização em tempo real do sistema de gestão.

7.1.8.2.5. O processo de auditoria de um paciente internado deve se iniciar com a análise dos motivos que geraram a internação, o diagnóstico inicial, o quadro clínico e sua evolução, os principais exames e procedimentos realizados, assim como a terapêutica clínica instituída (medicamentos e procedimentos prescritos) ou a terapêutica cirúrgica realizada, tendo sempre como base os dados do prontuário médico e, se necessário, complementarmente, a visita ao paciente.

7.1.8.2.6. Em todo o período da internação os auditores da CONTRATADA deverão acompanhar a evolução clínica do paciente e as instalações/acomodação disponibilizados para o tratamento, assim como o período de permanência nas diferentes unidades de internação, inclusive quanto às necessidades de prorrogações do período de internação.

7.1.8.2.7. É facultado à CONTRATADA efetuar acompanhamento e intervenções remotas nas internações, mediante protocolo técnico previamente acordado com a CONTRATANTE.

7.1.8.2.8. Por solicitação da CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá realizar visita médica a pacientes internados em outros locais não credenciados/contratados pelo

CONTRATANTE, a fim de proceder vistas ao prontuário médico para verificar se a cobrança de diárias, materiais, medicamentos, gases, taxas, equipamentos e honorários médicos estão compatíveis com histórico/evolução do paciente, definindo assim, a necessidade de glosas/correções, emitindo depois parecer formal, devendo a CONTRATANTE realizar o devido ressarcimento a CONTRATADA.

7.1.8.2.9. Cabe à CONTRATADA realizar visitas/acompanhamento de pacientes psiquiátricos e dependentes químicos, com emissão de relatório, devidamente assinado pelo auditor responsável, sobre as condições clínicas/mentais do paciente e justificativa do internamento ou prorrogação.

7.1.8.2.10. Realizar, eventualmente, visitas médicas por solicitação direta da CONTRATANTE.

7.1.8.2.11. Se algum prestador a ser auditado pertencer ao mesmo grupo econômico da CONTRATADA, a Polícia Federal deverá contratar auditoria independente para auditar tal prestador, as expensas da CONTRATADA, respeitadas as condições de mercado, inclusive em relação ao preço.

7.1.9. ASSESSORIA TÉCNICA E DE NEGÓCIOS.

7.1.9.1. Assessorar a CONTRATANTE no planejamento, monitoramento e controle dos custos do PF SAÚDE.

7.1.9.2. Dispor de software de gestão, com a demonstração das utilizações dos beneficiários, por família, valores, tipos de ocorrências, com o objetivo de acompanhamento da sinistralidade do PF SAÚDE.

7.1.9.3. Identificar os comportamentos de risco (a serem definidos pelo PF SAÚDE), para implementação de políticas de prevenção.

7.1.9.4. Prestar quando solicitado pela Coordenação do PF SAÚDE, subsídios técnicos, por escrito, para negociação de tabelas, bem como sobre novas tecnologias e métodos terapêuticos/diagnósticos, que estejam surgindo no mercado, quanto ao registro nos órgãos competentes, comprovação científica de sua eficácia e efetividade, estudos comparativos com técnicas mais convencionais e se está no rol obrigatório da ANS, considerando também, o enfoque da relação custo/benefício.

7.1.9.5. Em casos de novos medicamentos/procedimentos a serem incluídos na tabela, a CONTRATADA deverá efetuar levantamento de preço de mercado em planos de saúde de autogestão, seguradoras, cooperativas e medicina de grupo, emitindo parecer técnico que abranja os seguintes aspectos:

7.1.9.5.1. Vantagem para o plano de saúde com a inclusão do novo procedimento, apresentando a relação custo x benefício entre realizar esse procedimento e manter a realização de outro produto/procedimento que o substitua, se for o caso, ou, ainda, a manutenção do não custeio do produto/procedimento em análise;

7.1.9.5.2. Informações sobre evidências científicas apontando a eficácia, riscos do uso produto/procedimento;

7.1.9.5.3. Registro na ANVISA no caso de material no caso de material/medicamento, considerando, inclusive para qual patologia o produto foi registrado;

7.1.9.5.4. Informação se o procedimento consta no rol de procedimentos da ANS;

7.1.9.5.5. Protocolo clínico para realização do procedimento ou de utilização do material/medicamento; e

7.1.9.5.6. Outras informações julgadas necessárias pela Coordenação do PF SAÚDE.

7.1.9.6. Elaborar subsídios em caso de questionamentos judiciais, quando solicitado pela Coordenação do PF SAÚDE.

7.1.9.7. Analisar com emissão de parecer, solicitadores da CONTRATANTE referente a tabelas pactuadas com a rede credenciada, inclusive negociações de pacotes.

7.1.9.8. Realizar análise curricular, entrevistas, quando solicitado, e emissão de parecer técnico em processos de credenciamento.

7.1.9.9. Realizar análise e emissão de parecer técnico para o PF SAÚDE no credenciamento, extensão de especialidades, inclusão de corpo clínico, descredenciamento e vistoria de instalações físicas de pessoas físicas e jurídicas, assim como outros serviços correlatos.

7.1.9.10. Analisar proposta de pacotes de procedimentos e tabelas de preços, quando solicitado pela PF SAÚDE, levando em consideração a redução de custos e preço de mercado, emitindo parecer técnico no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

7.1.9.11. Avaliar semestralmente a rede credenciada de pessoas físicas e jurídicas quanto aos aspectos qualitativos e quantitativos, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo PF SAÚDE.

7.1.9.12. Realizar estudos atuariais trimestrais e anuais. Esses estudos compreendem:

a) Análise Histórica:

a.1. Análise estatística do PF-Saúde como um todo, realizada sob a ótica exploratória, com a finalidade de conhecer e caracterizar os grupos em estudo, bem como acompanhar as mutações ocorridas no decorrer do tempo, sob os seguintes aspectos:

a.1.1 População: evolução histórica e do perfil de beneficiários por faixa etária, idade e taxas de flutuações;

a.1.2. Receita assistencial: evolução histórica por total, faixa etária e per capita;

a.1.3. Custo assistencial: evolução histórica por faixa etária e per capita do custo médio, morbidade, custo do beneficiário sinistrado. (segregar análise por regime de atendimento);

a.1.4. Resultado assistencial e sinistralidade: análise da sinistralidade e do resultado assistencial absoluto e relativo, per capita e por faixa etária.

b) Estimativa do índice de agravamento de sinistros (inflação saúde):

b.1. Identificação de índices que reflitam o crescimento dos custos assistenciais, de forma a subsidiar a projeção dos custos assistenciais;

b.2. Projeções para as populações, receitas assistenciais e custos assistenciais com amplitude de 3 anos;

b.3. Fluxo de caixa projetado para os próximos 3 anos e balanço atuarial para 3 anos;

b.4. Análise de riscos, com propostas sobre formas de tratamento e mitigação.

7.1.9.13. Gerir a sinistralidade da carteira, com emissão de relatórios gerenciais, contendo no mínimo:

a) Perfil epidemiológico da carteira;

b) Perfil etário;

c) Despesa per capita por: faixa etária, plano (se for o caso) e sexo;

d) Percentual de sinistralidade da carteira;

e) Dados estatísticos de Internações clínicas, cirúrgicas, partos e UTI;

f) Dados estatísticos dos Casos crônicos;

7.1.9.14. Identificar o comportamento de risco da carteira do PF SAÚDE, contendo:

a) Identificação de beneficiários de risco;

b) Monitoramento;

c) Patologias;

d) Relatório técnico de acompanhamento.

7.1.10. SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS

7.1.10.1. Utilização de software de gerenciamento capaz de gerir cada um dos processos sob responsabilidade da empresa CONTRATADA em sua integralidade, permitindo acesso on-line à CONTRATANTE para fins de fiscalização e tomada de decisões.

7.1.10.2. Conectividade via portal web e aplicativo mobile, disponível para as plataformas IOS e Android – PF, Prestadores e Beneficiários, mediante definição de acesso específico às informações de interesse por cada um dos perfis, como solicitações e extratos de utilização, extrato de reembolsos, demonstrativos de IRPF, consulta a rede credenciada, etc.

7.1.10.3. Modo offline: O software de gestão deverá apresentar recurso de autorização de solicitações e realização de auditorias in loco, mesmo em caso de indisponibilidade de internet, com armazenamento dos novos dados e atualização imediata assim que a conectividade seja reestabelecida.

7.1.10.4. A solução informatizada deverá utilizar recursos para otimização das autorizações/atendimentos aos usuários e prestadores, com possibilidade de troca de mensagens com os prestadores via mensagens SMS, portal de atendimento e aplicativo mobile para esclarecimento de dúvidas, utilização de regras de análise que impeçam o envio de solicitações com informações incompletas ou inconsistentes, dentre outros.

7.1.10.5. Cadastro: cadastrar/alterar/cancelar/reactivar. Caso a ferramenta apresente recursos de alteração cadastral por parte dos beneficiários ou prestados, esta deverá ser limitada a dados de contato e endereço. Demais alterações deverão ser permitidas apenas para a Central de Atendimento.

7.1.10.6. A instalação e hospedagem do sistema informatizado de gestão deverão ser realizados em ambiente computacional da empresa CONTRATADA, devendo utilizar todos os protocolos de segurança exigidos pela legislação vigente e/ou descritos como melhores práticas de mercado, em especial visando atender à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD e a segurança dos dados dos beneficiários.

7.1.10.7. Para a hospedagem do sistema informatizado a empresa poderá se utilizar de recursos próprios ou serviços de computação, armazenamento e backup em nuvem – IaaS (Infrastructure as Service), desde que atendidos todos os protocolos de segurança da informação.

7.1.10.8. Os requisitos de disponibilidade das ferramentas de conectividade devem ser reavaliados periodicamente a fim promover o redimensionamento dos acessos possibilitando disponibilidade e desempenho compatível com o crescimento da base de beneficiários, prestadores e volume de procedimentos.

7.1.10.9. A empresa CONTRATADA poderá utilizar recursos eventualmente disponibilizados por ocasião de novas versões do sistema de gestão, a fim de otimizar os controles das atividades sob sua responsabilidade.

7.1.10.10. Dispor de software de gestão, com a demonstração das utilizações dos beneficiários, por família, valores, tipos de ocorrências, com o objetivo de acompanhamento da sinistralidade do PF SAÚDE.

7.1.10.11. Identificar os comportamentos de risco (a serem definidos pela Coordenação do PF SAÚDE), para implementação de políticas de prevenção.

7.1.11. MÓDULO DE INTELIGÊNCIA DE NEGÓCIOS (Business Intelligence - BI)

7.1.11.1. O software de gestão deverá conter módulo de análise gerencial, visualização de dados, a fim gerar conhecimento de suporte para tomada de decisões, permitindo a exportação de gráficos, tabelas e relatórios gerenciais.

7.1.11.2. Este módulo deverá apresentar gráficos, relatórios e tabelas dinâmicas, com indicadores previamente definidos, programando sua frequência de atualização, as séries visualizadas, as quebras e a série histórica.

7.1.11.3. Deverá permitir fazer análises comparativas entre as variáveis selecionadas.

7.1.11.4. Deverá possuir painéis já desenvolvidos e inclusos, como:

a) Análise da Distribuição da Carteira;

b) Análise da Rede Credenciada;

c) Receita x Despesas;

d) Análise Comercial (comissão);

- Despesas Administrativas;
- f) Análises das Autorizações Integradas;
- g) Custo Assistencial;
- h) Mapa de interações;
- i) Sinistralidade por idade e região;
- j) Prestadores;
- k) Reembolsos;
- l) Dados Financeiros;
- 7.1.11.5. Este módulo deverá ter cubos já desenvolvidos e inclusos para o módulo de prevenção:
- a) Custo Assistencial;
- b) Análise de Utilização;
- c) Evolução do Grupo de Atenção;
- d) Evolução das categorias de Risco;
- e) Distribuição de Beneficiários.
- 7.1.11.6. Deverá permitir a visualização gráfica das informações em vários níveis de detalhamento, com possibilidade de geração de diversos tipos de gráficos (linha, barra e torta) configurados pelo usuário.
- 7.1.11.7. Deverá possuir um conjunto de ferramentas que permite ao usuário modelar os dados de forma a elaborar seus próprios relatórios e gráficos, ou visualizar os dados em grids na tela, inclusive salvando as opções selecionadas para uso posterior (marcadores).
- 7.1.11.8. Este módulo deverá permitir a exportação dos relatórios e gráficos em formato XML, HTML, XLS e CSV.

8. SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO DE SAÚDE

8.1. O sistema informatizado gestor de assistência à saúde que será utilizado para operacionalização dos serviços objeto deste Termo deverá possuir os seguintes módulos e funcionalidades:

8.1.1. Módulo de Beneficiários

- 8.1.1.1. Controle cadastral dos beneficiários, titulares e dependentes.
- 8.1.1.2. Permitir o gerenciamento dos beneficiários, possibilitando a integração com outros sistemas da CONTRATANTE.
- 8.1.1.3. Incluir, alterar e cancelar dados dos beneficiários, inclusive de forma retroativa, por meio de aplicativo online, assim como por meio de interfaces diárias com outros sistemas da CONTRATANTE, gerando relatório/arquivo de crítica em que deverão constar os dados que possam identificar erro cadastral. Deve-se manter o histórico e ter atualização diária.
- 8.1.1.4. Gerar arquivo, a partir das informações cadastrais oriundas das interfaces, inclusive do histórico de afastamento para titulares.
- 8.1.1.5. Permitir o envio do demonstrativo de despesas para o e-mail do titular ou através de serviços WEB.
- 8.1.1.6. Possibilitar o envio de resposta às solicitações dos titulares (inclusão/alteração/exclusão de beneficiários), confirmando a efetivação do pedido ou solicitando a complementação da documentação.
- 8.1.1.7. Gerar arquivo de correspondência para impressão e postagem pela CONTRATANTE, com texto incluído no sistema, com opção diferenciada de destinatários (titulares ativos ou aposentados, dependentes, etc.).
- 8.1.1.8. Cadastrar os beneficiários (titulares, dependentes e aposentados) e documentos pertinentes às inscrições no Programa, bem como acompanhar toda a movimentação cadastral, a saber:
 - 8.1.1.8.1. Inscrição, alteração de dados, recadastramento, suspensão, desligamento, reinscrição, transferência.
- 8.1.1.9. As informações dos demais dependentes são inseridas diretamente no Sistema.
- 8.1.1.10. Cada beneficiário deverá ter uma identificação única.
- 8.1.1.11. Em toda a movimentação cadastral deverá ocorrer crítica de acordo com as normas do Programa.
- 8.1.1.12. Emissão de relatórios de beneficiários com filtro por matrícula, CPF, tipo de dependência, lotação do beneficiário, faixa etária, perfil de utilização, tipo de vínculo empregatício, tipo de vínculo familiar, tipo de plano, forma de cobrança.
- 8.1.1.13. Registrar parametrização com inserção de dados visando sistematizar procedimentos regulados.
- 8.1.1.14. Prever a construção de matriz de dados e informações confiáveis para subsidiar o Programa na tomada de decisões.
- 8.1.1.15. Permitir o arquivamento de todas as imagens dos documentos pessoais dos beneficiários e credenciados.
- 8.1.1.16. Possibilitar enviar comunicado prévio ao titular, mensalmente, via correio eletrônico, discriminando os valores que serão descontados na folha de pagamento seguinte, disponibilizando inclusive em portal WEB.
- 8.1.1.17. Possibilitar cadastro dos dados de Endereço dos Titulares e Dependentes – Logradouro, número, complemento, Bairro, CEP, Cidade, Estado, DDD e telefone (comercial, celular e residencial), endereço para correspondência.
- 8.1.1.18. Possibilitar a inclusão, alteração e exclusão de indicativo de que os créditos ou débitos para o titular deverão ser efetivados em conta de depósito ou em folha de pagamento.
- 8.1.1.19. Consultar procedimentos realizados pelos beneficiários, agrupados pelo grupo familiar e/ou por beneficiário.
- 8.1.1.20. Consultar, por meio de aplicativos disponíveis na Internet, informações de interesse dos titulares do plano de saúde, tais como: Demonstrativo de Utilizações Médicas, Comprovante Anual para Declaração do Imposto de Renda, Relação de Credenciados, Cancelamento, Exclusão do plano, declaração anual de quitação de débitos dos beneficiários, etc.
- 8.1.1.21. Gerar mensalidades devidas à CONTRATANTE (grupo familiar e dependente indireto) e, havendo mudança de formato de custeio do plano do titular ou alteração de cadastro que implique em alteração na cobrança da mensalidade, reprocessar os valores cobrados. Deve-se manter o histórico e ter atualização diária.
- 8.1.1.22. Alterar a remuneração base, para fins de recálculo de mensalidade, mantendo o histórico.
- 8.1.1.23. Possibilitar cobrar 2ª via de cartão de beneficiários, disponibilizando campo para inclusão da solicitação de 2ª via, que poderá ser feita pelo próprio titular ou pela CONTRATANTE. Deve-se manter o histórico e ter atualização mensal.
- 8.1.1.24. Gerar arquivo com Demonstrativo Mensal de Participação e Demonstrativo Anual para Declaração do Imposto de Renda, para impressão e postagem pela CONTRATANTE, cujo layout de impressão deverá ser acordado com a área de produção da CONTRATANTE. Os demonstrativos deverão estar disponíveis, também, para consulta on-line, mantendo o histórico sendo rotina mensal/anual.
- 8.1.1.25. Possibilitar registro, manutenção e gerenciamento das informações afetas aos beneficiários vinculados à CONTRATANTE, com parametrização flexível.
- 8.1.1.26. Possibilitar alterar os dados pessoais dos beneficiários – nome completo, data de nascimento, data de óbito, estado civil, filiação, sexo, e-mail (pessoal e corporativo), grau de instrução, tipo sanguíneo e demais campos definidos pela CONTRATANTE.
- 8.1.1.27. Possibilitar cadastro de PIS, RG, CPF, NIT, título de eleitor, cartão nacional de saúde, matrícula funcional, indicador de deficiência permanente ou incapaz e demais campos definidos pela CONTRATANTE.
- 8.1.1.28. Possibilitar cadastro do tipo de plano de assistência, status (p. ex.: ativo, titular, pensionista, aposentado (idade, tempo de serviço ou invalidez)).
- 8.1.1.29. Possibilitar cadastro das datas de aposentadoria, adesão e desligamento da CONTRATANTE.
- 8.1.1.30. Possibilitar cadastro dos dados de endereço do titular – logradouro, nome, número, complemento, bairro, CEP, cidade, estado, DDD, telefone (comercial, celular e residencial) e endereço para correspondência.
- 8.1.1.31. Possibilitar cadastro dos dados profissionais – data de admissão, data de demissão, motivo da demissão (p.ex. sem justa causa, justa causa ou aposentadoria).
- 8.1.1.32. Possibilitar cadastro dos dados bancários – banco (número e nome do banco), agência (número/dígito e nome da agência), número/dígito/tipo da conta dos titulares e dependentes.
- 8.1.1.33. Possibilitar cadastro das formas de cobrança/pagamento: folha de pagamento ou débito em conta ou boleto.
- 8.1.1.34. Possibilitar cadastro dos dados dos dependentes do número de declaração de nascido vivo, termo (adoção, tutela, menor sob guarda), vigência do termo, grau de parentesco com o titular.
- 8.1.1.35. Possibilitar cadastro dos dados dos dependentes se ele é dependente de IR (sim ou não).
- 8.1.1.36. Possibilitar cadastro dos dados dos dependentes, da data de adesão e de desligamento do Programa.
- 8.1.1.37. Permitir identificação pela matrícula única, assim como pelo código do beneficiário, como chave para registro dos beneficiários.
- 8.1.1.38. A matrícula do beneficiário dependente deverá estar vinculada à matrícula do titular, inclusive impedindo que o dependente, fora das diretrizes estabelecidas pela CONTRATANTE após sua maioridade, continue vinculado ao titular nas mesmas condições, emitindo aviso eletrônico aos beneficiários e gestor do cadastro sobre a ocorrência.
- 8.1.1.39. Permitir registrar ou recuperar o status do cadastro do beneficiário, conforme o caso, tais como: carência, afastado, normal, inadimplente, em negociação, suspenso e cancelado.
- 8.1.1.40. Permitir efetivar a inscrição do titular ou dependente ou alteração cadastral frente a apresentação dos documentos exigidos, emitindo aviso eletrônico aos beneficiários e ao gestor do cadastro sobre a pendência.
- 8.1.1.41. Prover campo para registro de dependentes, os quais deverão estar vinculados ao titular de saúde. Impedir o cadastramento de dependente sem a inscrição de titular no plano.
- 8.1.1.42. Possibilitar a integração com o sistema de RH, processo de importação de dados cadastrais dos beneficiários (p.ex.: dados pessoais, descrição de lotação, motivo de demissão) e demais campos definidos pela CONTRATANTE, sendo o layout definido em conjunto com a empresa escolhida.
- 8.1.1.43. Permitir gerar automaticamente arquivo para a emissão da carteira de identificação com numeração própria após cadastramento de novos beneficiários, com data de vencimento parametrizável.
- 8.1.1.44. Permitir gerar automaticamente arquivo para a emissão de carteira de identificação por grupos de vencimentos.
- 8.1.1.45. Possibilitar gerar arquivo de emissão de 2ª via da carteira de identificação com numeração própria, por meio de integração com o portal de serviços web ou via central de atendimento.
- 8.1.1.46. Permitir geração do demonstrativo de movimentação financeira relativa à receita/recuperação (contraprestação e coparticipação) e despesa realizada, por beneficiários e grupo familiar.
- 8.1.1.47. Permitir impressão do demonstrativo através do Portal de Serviços Web.

- 8.1.1.48. Possibilitar a geração de imposto de renda a partir de titulares relativos aos valores de contribuição devidos, nos moldes da legislação vigente.
- 8.1.1.49. Possibilitar críticas parametrizáveis, como beneficiário sem CPF, CPF duplicado no cadastro de beneficiário.
- 8.1.1.50. Possibilitar definir o cumprimento de carências, de acordo com critérios estabelecidos pela ANS.
- 8.1.1.51. Permitir a definição de teto máximo de coparticipação por período (Mês/Anual) por beneficiário e/ou grupo familiar.
- 8.1.1.52. Possibilitar a definição de cobrança/devolução do pro-rata dia de acordo com adesão do beneficiário ou seu cancelamento. Deverá existir um acerto automático conforme parametrizações de regras no contrato, aviso eletrônico para inadimplimento e informação ao titular pelo sistema.
- 8.1.1.53. Possibilitar a suspensão do beneficiário após o pedido inicial do cancelamento via Central de atendimento e/ou Portal Web.
- 8.1.1.54. Possibilitar o gerenciamento de Liminares através de alertas informativos para os usuários operacionais de autorizações e guias médicas.
- 8.1.1.55. Possibilitar o compartilhamento de risco (Reciprocidade) entre outras operadoras, seja no aspecto cadastral ou recepção e envio das utilizações dos serviços.
- 8.1.1.56. Permitir a simulação de reajustes de mensalidades, coparticipação e segunda via de cartões.
- 8.1.1.57. Possibilitar contratos multiplanos com vínculo diferenciado entre produtos e sua regulação cadastral.
- 8.1.1.58. Possibilitar níveis específicos de parametrizações de preço, coparticipação, carências, limites, entre outros cadastros. O sistema possibilita parametrizar regras por beneficiário, família e contrato.
- 8.1.1.59. Possibilidade de definições de Cobertura Parcial Temporária - CPT por patologia, CID ou Eventos. O sistema permite a inserção da CPT via entrevista qualificada da Declaração de Saúde ou inclusão manual por alçada de usuários.
- 8.1.1.60. Possibilidade de coparticipação com percentual fixo, variável por valor ou faixa, escalonada (com teto) e referência salarial.
- 8.1.1.61. Incluir ou atualizar dados cadastrais dos beneficiários e dependentes através de rotinas de atualizações em leiaute variável e via WEB diretamente pelo Titular do plano.
- 8.1.2. Módulo de Gestão da Rede Credenciada
- 8.1.2.1. Possibilitar a inclusão, alteração e exclusão de dados cadastrais de credenciados e entidades vinculadas, por meio de Portal Web, com possibilidade de inclusão de mais de um endereço, com diferenciação de tipo de endereço (tributação, correspondência e atendimento), sendo obrigatória a inclusão de pelo menos um endereço de tributação, mantendo-se o histórico.
- 8.1.2.2. Cadastrar características dos credenciados, tais como: existência de UTI, ambulância, atendimento 24 horas e outras que possam existir e que deverão ser cadastradas em tabela parametrizada.
- 8.1.2.3. Cadastrar a tabela de procedimentos que será utilizada para pagamento ao credenciado, permitindo a inclusão de mais de uma tabela, com diferenciação de códigos e o cadastramento de equivalência de códigos próprios com as tabelas utilizadas pela CONTRATANTE, devendo manter o histórico.
- 8.1.2.4. Cadastrar parâmetros para tributação de credenciados, de acordo com as normas vigentes, devendo manter o histórico.
- 8.1.2.5. Cadastrar dados referentes à diferenciação ou isenção de tributos federais ou municipais e para depósito judicial, quando houver, devendo manter o histórico.
- 8.1.2.6. Cadastrar dados referentes a descontos de INSS efetuados por outras fontes pagadoras, para fins de cálculo do desconto do encargo pela CONTRATANTE mantendo o histórico.
- 8.1.2.7. Negociar valores diferenciados para o credenciado, além da negociação existente para o município ou para a Unidade da Federação do endereço de atendimento, por procedimento, grupo de procedimentos (tipo ou especialidade), com a informação de valor individual ou aplicação de índice de reajuste, com possibilidade de, em aplicativo próprio, excluir, reativar ou desativar uma negociação, mantendo-se o histórico.
- 8.1.2.8. Possibilitar o reprocessamento dos atendimentos para alterar o valor de procedimentos que tenham sido negociados com data retroativa.
- 8.1.2.9. Possibilitar a visualização dos processos de credenciamento finalizados.
- 8.1.2.10 Possibilitar a manutenção de histórico de índice inflacionário (INPC, FIPE saúde, IPCA, etc.).
- 8.1.2.11 Possibilitar o cálculo de reajuste acumulado.
- 8.1.2.12. Possibilitar o cadastramento do valor do metro quadrado do filme por Agrupadora, UF, Município e CPF/CNPJ por vigência, especialidade e procedimento.
- 8.1.2.13 Possibilitar o cadastramento de taxa de administração para um determinado credenciado por vigência.
- 8.1.2.14. Gerar arquivo em PDF com os valores dos procedimentos praticados pelo credenciado, através do Portal Web.
- 8.1.2.15. Disponibilizar, à rede credenciada, soluções via web para inclusão de atendimentos realizados, em padrão TISS, estabelecido pela ANS ou o que a legislação vigente definir.
- 8.1.2.16. Gerar arquivo com os dados cadastrais dos credenciados, para disponibilização de consulta da rede credenciada no site da Polícia Federal.
- 8.1.2.17. Gerar arquivo com Demonstrativo de Pagamento e Declaração de Rendimento para o Imposto de Renda, para impressão e postagem pela CONTRATANTE, cujo layout de impressão deverá ser acordado com a área de produção da CONTRATANTE. Os demonstrativos deverão estar disponíveis, também, para consulta no Portal Corporativo.
- 8.1.2.18. Possibilitar a inclusão de negociação para o credenciado.
- 8.1.2.19. Possibilitar o cadastro dos horários de atendimento.
- 8.1.2.20. Possibilitar o cadastro do status (p.ex. normal, suspenso, cancelado) do endereço, o cadastro dos responsáveis (p.ex. técnico, comercial e da empresa – nome, e-mails e telefones), observações no cadastro do endereço.
- 8.1.2.21. Possibilitar o cadastro da data de encerramento.
- 8.1.2.22. Possibilitar o cadastro se houve auditoria externa in loco.
- 8.1.2.23. Possibilitar o cadastro das especialidades e subespecialidades do Credenciado.
- 8.1.2.24. Possibilitar o cadastro dos honorários e valores.
- 8.1.2.25. Possibilitar o cadastro dos tipos de serviços, exames e/ou procedimentos e/ou medicamentos e materiais contratados.
- 8.1.2.26. Possibilitar o cadastro da forma de reajuste.
- 8.1.2.27. Possibilitar o cadastro dos períodos de reajuste estabelecidos.
- 8.1.2.28. Possibilitar o cadastro da tabela de tributos que são devidos em razão da caracterização da prestação de serviço do credenciado.
- 8.1.2.29. Possibilitar o cadastro dos documentos/certidões de isenção temporária de tributos.
- 8.1.2.30. Possibilitar o cadastro das Certidões negativas de débito (INSS, Receita Federal, ISS, CNES e FGTS) e demais campos definidos pela CONTRATANTE, permitindo controles de entrega e vigências, bem como, a validade destes documentos.
- 8.1.2.31. Permitir contratos distintos para pessoa jurídica, física e convênio de reciprocidade.
- 8.1.2.32. Possibilitar salvar relatório em PDF, sem necessidade de instalação de qualquer software.
- 8.1.2.33. Permitir consulta dos beneficiários sobre a rede credenciada no Portal de Serviços, contendo informações como: nome do credenciado, endereço completo, especialidade(s), subespecialidade(s), tipo de credenciado, geolocalização, site, telefone, assim como as definidas pela CONTRATANTE.
- 8.1.2.34. Possibilitar que, em decorrência de determinadas alterações em algum credenciado e/ou na rede de credenciados, seja emitido alerta eletrônico para o gestor de cadastro, com reflexos no portal de serviços web.
- 8.1.2.35. Permitir a consulta de prestadores da rede credenciada por bairro, especialidade, tipo de prestador, plano, qualificação, urgência/emergência.
- 8.1.2.36. Possibilitar a negociação de pacotes, contendo informações como: detalhamento dos procedimentos incluídos, medicamentos, materiais, taxas e quais procedimentos não podem ser cobrados fora do pacote.
- 8.1.2.37. Possibilitar a manutenção do histórico da negociação contendo, no mínimo, registro dos procedimentos alterados, comentários, usuário, data e horário da alteração, possibilitando a diferenciação dos registros incluídos automaticamente e aqueles incluídos diretamente pelo usuário.
- 8.1.2.38. Permitir avaliação qualitativa da rede credenciada contemplando campos para avaliação de formação acadêmica, infraestrutura, especialidades, percentual de glosa, necessidade dos exames solicitados e demais campos definidos pela CONTRATANTE.
- 8.1.2.39. Possibilitar geração do livro de credenciados.
- 8.1.2.40. Possibilitar impressão dos nomes dos credenciados, cujo layout será definido pela CONTRATANTE.
- 8.1.2.41. Possibilitar o cadastro do imposto PIS/PASEP, COFINS e CSLL, mantendo histórico.
- 8.1.2.42. Possibilitar a parametrização do Imposto de Renda Retido na Fonte, mantendo o histórico.
- 8.1.2.43. Possibilitar a geração de um relatório para formalização do descredenciamento de credenciado de serviço, visando extinguir as obrigações estabelecidas em contrato anterior.
- 8.1.2.44. Permitir a extração de informações relativas ao comprovante de imposto de renda retido na fonte para os credenciados.
- 8.1.2.45. Possibilitar o cadastro de penalidades/advertências.
- 8.1.2.46. Permitir o cadastramento de mala direta, a fim de possibilitar o envio de comunicação simultânea à rede credenciada, geral e por especialidade.
- 8.1.2.47. Permitir simulação do reajuste solicitado antes de efetivar o processo.
- 8.1.2.48. Permitir o gerenciamento da rede de prestadores credenciados, de corpo clínico e cooperados, com emissão de relatórios de avaliação pelos usuários e estatística de atendimentos.
- 8.1.2.49. Fornecer aos credenciados as tabelas e valores negociados pela área restrita do prestador no Portal Web.
- 8.1.2.50. Fornecer informações que permitam a análise/comparação de tabelas de Hospitais de alto custo e Hospitais credenciados.
- 8.1.2.51. O módulo deverá possuir recurso de histórico, tendo a opção de manutenção do credenciado ao término de seu contrato, possibilitando a verificação futura e emissão de relatórios retroativos.
- 8.1.2.52. Possibilitar a definição de preços em vários níveis do prestador, região, corpo clínico, rede de atendimento e tabelas negociadas.
- 8.1.2.53. Possibilitar dentro dos níveis de preço a valoração por Acomodação, Honorários, UCO, Filme, HE, Porte, Via de acesso, Auxiliares, Faixa de procedimentos, Tipos de serviços, Dotações, CBO e Regime de Atendimento, mantendo o histórico.
- 8.1.2.54. Possibilitar a ligação da rede de atendimento do Programa com o prestador sobre o aspecto de gerir o atendimento e o preço de pagamento.
- 8.1.2.55. Possibilitar determinar excepcionalidade de regras por prestador para liberar ou criticar os atendimentos na rede.
- 8.1.2.56. Permitir a definição de prestadores que entregam nota fiscal na modalidade pré ou pós.
- 8.1.2.57. Permitir referenciar prestadores por qualidade e preço e apresentá-los em interface da Central de Atendimento.
- 8.1.3. Módulo de Autorização
- 8.1.3.1. O sistema deve permitir que o prestador solicite autorização para procedimentos de consulta, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - S.A.D.T., cirurgias, internações e home care, através da plataforma web online.

- 8.1.3.2. Permitir que a autorização solicitada por meio do portal de serviços web ou da central de atendimento, diretamente no sistema de gestão de gestão da CONTRATADA.
- 8.1.3.3. Possibilitar o cadastro de autorização, com diferenciação do tipo de modalidade de atendimento, ou seja, eletivo/normal, Urgência e Emergência.
- 8.1.3.4. Para a realização de procedimentos que tenham, na Tabela de Procedimentos, o parâmetro de exigência da autorização, mantendo o histórico.
- 8.1.3.5. Efetuar, no cadastramento da autorização, críticas de quantidade máxima, exclusão e pré-requisitos, além de validade do cartão, dentre outras, permitindo a liberação da crítica, de acordo com o nível do usuário, registrando-se a mensagem e a data da liberação, mantendo o histórico.
- 8.1.3.6. Identificar os procedimentos que necessitam de autorização prévia por tipo (exames básicos, procedimentos básicos, exames especiais e de alta complexidade e procedimentos especiais e de alta complexidade).
- 8.1.3.7. Controlar e conciliar a realização dos procedimentos autorizados, bem como das diárias e visitas, quando da inclusão do atendimento.
- 8.1.3.8. Gerar senha para cada autorização prévia incluída no sistema, permitindo mais de uma autorização, com número de senha diferente, dentro do mesmo período de tempo.
- 8.1.3.9. Disponibilizar ao prestador o status e andamento da autorização.
- 8.1.3.10. Permitir o download e upload de arquivos de documentos necessários para análise da autorização.
- 8.1.3.11. Permitir o acompanhamento dos prazos das autorizações pela CONTRATANTE, de acordo com o andamento e o tipo da solicitação:
- a) Por tipo: SADT (eletivo/urgência), internação eletiva, internação emergência, solicitações de cirurgia;
- b) Andamento da solicitação: enviadas pelo prestador e ainda não analisadas, em análise, em análise de OPME (inserir as cotações e fazer o download das cotações), aguardando liberação da CONTRATANTE, respondidas, perícia presencial;
- c) Permitir reanálise da autorização pelo prestador, devendo o status da guia ser alteração para "reanálise".
- 8.1.3.12. Acompanhar todas as autorizações, por data, de acordo com o prazo estipulado pela CONTRATANTE: devendo ser informadas as atrasadas e as respondidas dentro do prazo para acompanhamento diário pela CONTRATANTE.
- 8.1.3.13. Especificar o tipo, valores e nomes dos fornecedores de materiais (materiais especiais, órteses e prótese) que foram autorizados na utilização de procedimentos médicos cirúrgicos.
- 8.1.3.14. Estabelecer nível do usuário autorizador, de acordo com a definição parametrizada para cada procedimento, permitindo o cadastramento da autorização em mais de um nível.
- 8.1.3.15. Prover regras para liberação de Autorizações Administrativas.
- 8.1.3.16. Permitir a integração do sistema com redes de captura de autorização eletrônica com a rede de atendimento.
- 8.1.3.17. Possibilitar o lançamento e controle de tratamentos seriados por período de execução ou de forma livre.
- 8.1.3.18. Possibilitar a regulação de diminuição de quantidade autorizadas, troca de profissionais, troca de padrão de conforto, evolução clínica e registro de anotações de histórico.
- 8.1.3.19. Possibilitar meios de respostas ao beneficiário e prestador após aprovação da autorização inicialmente analisada.
- 8.1.3.20. Permitir a liberações de produtos ou campanhas que não são exclusivos da assistência saúde.
- 8.1.3.21. Permitir monitor de entrada de OPME'S para cotação e acompanhamento de status.
- 8.1.3.22. Possibilitar faturamento antecipado de Coparticipação na autorização com geração de fatura.
- 8.1.4. Módulo de Regulação de Procedimento
- 8.1.4.1. O sistema deverá prever que a regulação se dará por meio de dois mecanismos:
- a) Autorização Administrativa: Autorização codificada (senha) integrada com a solicitação formulada por meio do portal de serviços web ou da central de relacionamento, concedida automaticamente ao credenciado pelo sistema de regulação, previamente à realização dos procedimentos, conforme disposições contidas na Tabela de Procedimentos da CONTRATANTE;
- b) Autorização Técnica: Autorização codificada (senha) integrada com a solicitação formulada pelo credenciado por meio do portal de serviços web, para análise e parecer da auditoria médica e de enfermagem, previamente à realização do procedimento, conforme disposições contidas na Tabela de Procedimentos TUSS.
- 8.1.4.2. Prever que todos os pedidos de autorização administrativa ou técnica passem por análise de consistência automática do pedido para verificação de:
- a) Status dos Beneficiários;
- b) Validade da carteira de identificação;
- c) Limites de utilização permitidos;
- d) Valores contratados;
- e) Status do credenciado;
- f) Histórico dos Beneficiários;
- g) Regras dos serviços de assistência à saúde;
- h) Procedimentos contratados com o credenciado;
- i) Condições do contrato com o credenciado;
- j) Validação da abrangência geográfica de cobertura do Programa;
- k) Liberação da CONTRATANTE para determinados procedimentos de acordo com regras vigentes parametrizadas.
- 8.1.4.3. As informações deverão ser acessíveis para análise técnica e registro de comentários e justificativa para deferimento, revisão de análise e indeferimento.
- 8.1.4.4. Prever para cada autorização concedida, administrativa ou técnica, o registro dos códigos e descrição dos procedimentos em banco de dados e liberar uma 'senha' ao credenciado. Quando a guia chegar para análise em contas médicas, ela será analisada via sistema, consistida automaticamente e liberada para o pagamento quando não houver restrições.
- 8.1.4.5. Permitir que a decisão sobre os pedidos de autorização que dependam de análise técnica seja informado Status do processo (p. ex: em análise, pedido deferido, pedido indeferido). Quando a decisão for negativa, deverá ser informada também a justificativa do indeferimento.
- 8.1.4.6. Permitir que as autorizações técnicas concedidas para remoções, materiais, órteses, próteses e medicamentos observem os preços registrados nas tabelas de referência ou tabelas negociadas com cada prestador.
- 8.1.4.7. Permitir transitar a guia para etapas anteriores caso o seja necessário algum esclarecimento ou documentação.
- 8.1.4.8. Manter para cada Beneficiários o histórico de todos os procedimentos solicitados, autorizados administrativa ou tecnicamente, bem como os pedidos não autorizados.
- 8.1.4.9. Checar o histórico dos procedimentos iguais já utilizados pelos Beneficiários para os pedidos de autorização administrativa. Se houver repetição elevada (parametrização flexível), do procedimento, o pedido deverá ser encaminhado automaticamente para análise técnica.
- 8.1.4.10. Prever glosa automática para os procedimentos constantes em uma guia que exigir autorização, administrativa ou técnica, e que não tiver a senha, emitindo alerta eletrônico para a ocorrência.
- 8.1.4.11. Prever a informação para cada pedido de autorização do status (concedido, negado, aguardando documentos do credenciado, em análise pela auditoria médica, análise da enfermagem) para acompanhamento do credenciado e beneficiários.
- 8.1.4.12. Permitir que a auditoria médica e de enfermagem solicite informações complementares ao credenciado, a partir do pedido de autorização.
- 8.1.4.13. Emitir alerta aos gestores para pedidos de autorização pendentes e ainda não decididos.
- 8.1.4.14. Controlar sessões de terapias realizadas por meio da identificação de procedimentos selecionados.
- 8.1.4.15. Disponibilizar nos casos que necessitem de avaliação mais aprofundada a emissão automática da carta de solicitação de perícia médica e segunda opinião e registrar o status do Processo Administrativo a que toda perícia médica ou segunda opinião cadastrada no sistema estiver relacionada.
- 8.1.4.16. Estabelecer indicações e prazos mínimos para repetição de exames e procedimentos médicos hospitalares, de acordo com o padrão da CONTRATANTE.
- 8.1.4.17. Prever formulários próprios e customizáveis com workflow, que permitam a interação da CONTRATADA e auditor, com o registro do solicitado, negado e autorizado de cada serviço, além dos motivos e descritivo da negação.
- 8.1.4.18. Demonstrar o controle de limites de procedimentos por grupo familiar e por beneficiário, cobrando percentuais diferentes de acordo com a quantidade de procedimentos realizados. Deverá também possibilitar criar os limites, informar os procedimentos que fazem parte de cada limite e determinar os percentuais de cobrança em interface de tela.
- 8.1.5. Módulo Tabela de Procedimentos
- 8.1.5.1. Conter todos os procedimentos cadastrados no rol de procedimentos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde, contando com o apoio da TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e as tabelas CBHPM, Odontológica, Tabela Própria, Brásindice e Simpro.
- 8.1.5.2. Identificar os procedimentos que necessitam de autorização prévia por tipo (exames básicos, procedimentos básicos, exames especiais e de alta complexidade e procedimentos especiais e de alta complexidade).
- 8.1.5.3. Possibilitar preços diferenciados por especialidade para mesmo procedimento de modo a registrar os valores acordados com os credenciados, ou por município.
- 8.1.5.4. Permitir busca na Tabela Geral de Eventos: pacotes, taxas, materiais e medicamentos:
- a) Permitir parametrizar as seguintes regras:
- b) Sexo;
- c) Idade;
- d) Prazo Intervalar;
- e) Incompatibilidades entre procedimentos ou especialidades;
- f) Procedimentos predecessores;
- g) Procedimentos dependentes;
- h) Incidência máxima e mínima na autorização e guia;
- i) Quantidade máxima de dias de Internação e Prorrogação;
- j) Parâmetro para exigir perícia pré ou pós;
- k) Parâmetro para exigir justificativa médica;
- l) Parâmetro para exigir parecer administrativo.
- 8.1.6. Módulo de Processamento de Contas médico-odontológicas e reembolso
- 8.1.6.1. O sistema de saúde que será fornecido pela CONTRATADA deverá estar preparado para o recebimento, análise, controle de faturamento e pagamento de guias de consumo de

serviços, consultas, informações e outras despesas encaminhadas sob seguintes formas:

- a) Permitir, por meio do portal de serviços web, o upload de arquivos em formato XML;
- b) Permitir a digitação de guias / procedimentos no portal de serviços web pelos Credenciados que não enviam o faturamento em arquivo em formato XML;
- c) Conferência dos pedidos de reembolso para evitar ocorrências de pagamento em casos de atendimentos realizados por prestadores credenciados e/ou pedidos de reembolso recorrente.
- 8.1.6.2. O sistema deverá efetuar consistência eletrônica prévia na entrada da informação, validando estrutura dos arquivos (hash) através do serviço de Upload de XML pelo Portal de Serviços Web, impedindo a sua entrada no banco de dados caso encontre inconformidades. Consequentemente após validar a estrutura do arquivo XML, o sistema deve realizar a elegibilidade e gerar as inconsistências (glosas e negações), observando os seguintes requisitos mínimos:
 - a) Verificar o status dos Beneficiários;
 - b) Verificar validade da carteira de identificação dos Beneficiários;
 - c) Verificar os limites de utilização permitidos;
 - d) Verificar os valores contratados;
 - e) Verificar o status do credenciado;
 - f) Verificar as regras de assistência à saúde;
 - g) Verificar os procedimentos contratados com o credenciado;
 - h) Verificar as condições estabelecidas no contrato com o credenciado;
 - i) Recepcionar as guias de prestação de serviço com o documento fiscal (NF/RPA);
 - j) Efetuar o processamento de verificação de consistência;
 - k) Separar o movimento consistido do não consistido (glosa);
 - l) Efetuar o pagamento ao credenciado pelo valor consistido;
 - m) Solicitar a substituição do documento fiscal pelo valor indicado;
 - n) Possibilitar o registro de entrada de guias em papel para digitação manual;
 - o) Prever ao longo do processo de análise das guias, o workflow do status conforme a evolução do processo;
 - p) Data de validade da senha anterior à data de atendimento;
 - q) Quantidade cobrada acima da autorizada;
 - r) Senha de autorização não válida (cancelada, expirada, negada);
 - s) Cobrança de procedimento em duplicidade.

8.1.6.3. Prever para os procedimentos pré-autorizados, mas com quantidade diferente, que estes sejam glosados automaticamente e encaminhados para análise administrativa não automática.

8.1.6.4. Permitir importar arquivos de materiais e medicamentos para atualização de preço.

8.1.6.5. Prever autorização de alçada superior para liberação dos pagamentos aos prestadores de serviços.

8.1.6.6. Permitir a construção de calendário de pagamento por grupo de credenciados.

8.1.6.7. Calcular tributos, de acordo com a legislação específica, segregando honorários e materiais, e identificar o valor líquido para pagamento.

8.1.6.8. Fechar o movimento consistido por prestador e movimento geral, integrando com o sistema de tesouraria e contabilidade, observando a constituição das devidas provisões de valores a pagar.

8.1.6.9. Receber arquivos de retorno de pagamento e registrar e efetuar as baixas dos valores a pagar por prestador de serviço.

8.1.6.10. Registrar a matrícula/nome do técnico que realizar as análises das contas liberadas para pagamento.

8.1.6.11. Contemplar campo com observações gerais para digitação no módulo de contas médicas para possíveis justificativas.

8.1.6.12. Permitir consulta de guias por status (digitada, conferida, pronta, faturada) por credenciada, por data e por nota fiscal.

8.1.6.13. Disponibilizar demonstrativos de análise de contas médicas, de pagamentos e demonstrativo de IR para consulta do credenciado;

8.1.6.14. Digitalização e Auditoria em contas médicas.

8.1.6.15. Envio dos documentos referentes a contas médicas e odontológicas digitalizadas pelo sistema pelo prestador em formato PDF.

8.1.6.16. Receber pelo sistema os documentos de contas médicas digitalizadas enviados pelos prestadores, já com informações necessárias para o controle e análise dos documentos.

8.1.6.17. Realizar registros ou marcações de todas as espécies nos arquivos recebidos, podendo organizar conforme critérios e fluxos estipulados pela CONTRATANTE.

8.1.6.18. Possibilitar a marcação de recurso de glosa, o qual possibilita uma estruturação de onde foi realizada a marcação bem como a justificativa para tal ato.

8.1.6.19. Registrar o fluxo, histórico da atividade e os usuários que realizaram as marcações no documento no fim da análise.

8.1.6.20. Registrar o arquivamento da conta digitalizada.

8.1.7. Módulo Cobrança de Beneficiário

8.1.7.1. Apurar e cobrar mensalmente a coparticipação devida pelos Beneficiários e o total do grupo familiar, conforme a regra estabelecida no regulamento do plano.

8.1.7.2. Prever a integração com o Portal de Serviços Web para visualizar os valores de coparticipação pelos Beneficiários.

8.1.7.3. Prever as seguintes formas de arrecadação: consignação na folha de pagamento ou débito em conta corrente ou emissão de boleto bancário de cobrança física, a ser impresso diretamente pelo portal de serviços web, inclusive segunda via de boleto.

8.1.7.4. Calcular multa e juros para os pagamentos em atrasos, com campos parametrizáveis.

8.1.7.5. Permitir o controle da inadimplência, emitindo alerta eletrônico, emitindo cartas de cobrança por e-mail para os titulares, de acordo com as regras dos planos, ocasionando suspensão ou bloqueio automático do sistema.

8.1.7.6. Permitir a elaboração de extrato de cobrança segregado por Beneficiários e período selecionável, integrando com o portal de serviços web.

8.1.8. Aplicativo Móvel para os Beneficiários

8.1.8.1. Prever aplicativo mobile para consulta a rede de serviços em saúde (solução própria ou de terceiros, uma vez que possua as integrações com o sistema principal). Capaz de fazer buscas por especialidades e descobrir o prestador de serviços mais próximo do usuário, dentro das condições e filtros especificados.

8.1.8.2. Disponibilizar acesso ao aplicativo nas plataformas móveis – IOS e Android.

8.1.8.3. Permitir que todo tráfego de informação seja criptografado por certificado SSL.

8.1.8.4. Prever um Gerenciador de conteúdo para manipulação da CONTRATANTE para os seguintes itens:

a) Serviços de notícias: prever um usuário e senha de administrador do Painel Administrativo do Aplicativo, por onde ele faz toda a gestão de conteúdo de notícias. Ele inclui, exclui, segmenta, publica e acompanha as visualizações;

b) Alteração dos Banners do aplicativo: permitir gestão dos banners por meio do Painel Administrativo. Possibilidade de incluir um banner, vincular este banner a uma notícia ou um link da web, programar a data da publicação.

8.1.8.5. O aplicativo mobile deverá prever as seguintes funcionalidades:

a) Consulta a rede de prestadores por especialidade, tipo, plano ou por nome do prestador;

b) Consulta histórico de coparticipação (por vigência);

c) Consulta status de protocolo de reembolso (todos, pendentes, concluídos e em análise);

d) Carteirinha virtual do beneficiário (aparecer as mesmas informações do cartão físico);

e) Prever funcionalidade de parametrizar as notícias da CONTRATANTE para serem visualizadas pelos beneficiários;

f) Permitir funcionalidade para beneficiário enviar alguma informação para a CONTRATANTE, como um serviço de Contato.

8.1.9. Portal de Serviços WEB para os Beneficiários e Credenciados

8.1.9.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar portal de acesso, via web, com uma área exclusiva que reunirá informações individualizadas do beneficiário e uma área destinada aos prestadores credenciados. As informações destinadas aos beneficiários contemplam os dados cadastrais do usuário e o histórico completo de utilização do plano, com o registro das consultas, exames e internações realizados. O acesso deve ser restrito, que só poderá ser visualizado com o uso de login e senha.

8.1.9.2. Portal deve ser independente, porém, integrado ao Sistema de Saúde através de webservices e/ou barramento de serviços.

8.1.9.3. Permitir Manipulação de Banners na página principal.

8.1.9.4. Prover tela de Gerenciador de conteúdo (manipular imagens e textos).

8.1.9.5. Permitir cadastro de alertas pelo administrador do Portal e ser visualizado pelos titulares.

8.1.9.6. O Portal deverá atender a todas as exigências da RN Nº 389 das ANS referente aos serviços disponibilizados, bem como qualquer outra que venha a substituí-la.

8.1.9.6.1. O portal de serviços deverá:

a) Prover requisitos de autoatendimento para os Beneficiários e Rede Credenciada;

b) Permitir geração de relatório de extrato de utilização e coparticipação pelo beneficiário;

c) Permitir download de documentos pelo beneficiário;

d) Permitir downloads e uploads de documentos pelos beneficiários e prestadores;

e) Prover geração de relatório de histórico financeiro pelo titular, disponibilizando os valores pagos/recebidos por rubrica;

f) Permitir que o beneficiário consulte as autorizações cadastradas no sistema;

g) Permitir solicitar 2ª Via de carteira de identificação pelo titular;

h) Permitir a emissão de segunda via de boleto para o titular;

i) Permitir consultar saldo devedor do beneficiário titular;

j) Prover tela para consulta da Rede credenciada, de acordo com normas definidas pela CONTRATANTE;

k) Prover tela para cadastro de contato pelo beneficiário, credenciado e/ou profissionais com interesse em credenciamento;

l) Prover tela para receber arquivo XML, conforme padrão TISS definido pela CONTRATANTE, enviado pelo credenciado, gerando número de protocolo de recebimento;

- m) Prever a disponibilização dos WEB Services definidos pela ANS no padrão TISS;
- n) Prover impressão do demonstrativo de análise de contas médicas pelo credenciado e demais demonstrativos definidos pelos órgãos reguladores;
- o) Prover impressão do demonstrativo de pagamento pelo credenciado;
- p) Permitir consulta de protocolos pendentes de Nota Fiscal pelo credenciado;
- q) Prover emissão do demonstrativo de rendimentos pelo credenciado;
- r) Prover emissão do demonstrativo de despesas médicas para Imposto de Renda para o titular;
- s) Permitir a inclusão de informações e arquivos a serem definidos pela CONTRATANTE, para consulta aos beneficiários e credenciados;
- t) Disponibilizar informações de interesse dos credenciados, tais como: dados de beneficiários, demonstrativo de pagamento, resumo de pagamento e descontos, comprovante anual para declaração do Imposto de Renda, pagamentos efetuados;
- u) Disponibilizar ao prestador, o envio de arquivo XML, gerando número de protocolo de recebimento;
- v) Disponibilizar a digitação de guias de consulta, SP/SADT, Resumo de Internação, tratamento odontológico, honorários pelo prestador, gerando número de protocolo de recebimento;
- w) Consulta Prévia de pagamento;
- x) Consulta Faturas geradas;
- y) Consulta de Tabela de Preço;
- z) Demonstrativo de Contribuição Federal.

8.1.9.7. Na tela de consulta de rede de atendimento deverá existir:

- a) Consultar por nome do prestador;
- b) Consultar por urgência/emergência;
- c) Consultar por qualificação;
- d) Consultar por nome do procedimento e especialidade;
- e) Ordenar por nome ou proximidade;
- f) Possibilitar que o beneficiário solicite movimentações de cadastro diretamente do Portal Web;
- g) Inclusão de dependente;
- h) Cancelamento de dependente (Conforme regulamento vigente);
- i) Alteração de cadastro;
- j) Reativação de cancelamento;
- k) Demonstrar Consulta de Status de Autorização;
- l) Funcionalidades no Portal de relacionamento com o prestador;
- m) Verificação da Elegibilidade do Beneficiário pelo Prestador;
- n) Alteração Cadastral pelo Prestador;
- o) Consulta das Autorizações pelo Prestador;
- p) Consulta do Status do Protocolo de Cobrança;
- q) Consulta do Status do Protocolo de recurso de glosa.

8.1.10. Módulo de Conectividade com reconhecimento biométrico

8.1.10.1. Funcionalidade do Autorizador Web para trabalhar de forma online, utilizando conexão via webservice dos serviços TISS com o sistema de gestão fornecido pela CONTRATADA para validar as regras de elegibilidade dos beneficiários e prestadores. E também, permitindo trabalhar de forma off-line, parametrizando as regras de cobertura e auditoria na própria no autorizador (pode acontecer de trabalhar off-line quando o sistema da operadora estiver indisponível). Quando trabalhado de forma off-line, a solução deverá sincronizar os dados após restabelecer a conexão com o sistema de gestão enviando as autorizações geradas.

8.1.10.2. Dispor dos seguintes tipos de captura de dados:

- a) Atendimento WEB – captura e validação de solicitações utilizando browser de Internet, integrado às bases de dados do software;
- b) Integração via protocolo Web (Web Services TISS) – disponibiliza documentação técnica que descreve o serviço de troca de mensagens, para permitir a implementação da interface diretamente nos sistemas dos credenciados e prestadores de serviços, nas situações onde o prestador necessita e tem condições técnicas para implementar a solução.

8.1.10.3. A Plataforma deve possuir as seguintes funcionalidades:

- a) Solicitação de Consulta: Execução e acompanhamento, Cancelamento, Impressão de Guia e Recibo;
- b) Solicitação de SP/SADT: Solicitação/Execução e acompanhamento, Anexos de Radioterapia, Quimioterapia, OPME e Documentos, Guia de Outras Despesas, Cancelamento, Impressão de Guias e Recibo;
- c) Internação: Execução e acompanhamento, Anexos de Radioterapia, Quimioterapia, OPME e Documentos, Comunicação de Internação/Alta, Guias de Resumo de Internação, Outras Despesas e Honorários, Cancelamento, Impressão de Guias, Recibo e Demonstrativo de Análise de Conta;
- d) Odontológico: solicitação do tratamento, possibilidade de incluir situação inicial do odontograma do beneficiário;
- e) Solicitações Pendentes;
- f) Troca de Mensagens On-Line;
- g) Histórico das transações;
- h) Envio da conta por arquivo XML;
- i) Possibilidade de configurar calendário de envio dos lotes de cobrança automaticamente;
- j) Possibilidade de anexar a Nota Fiscal do prestador no protocolo de cobrança;
- k) Possibilidade de gerar críticas no momento do upload do arquivo, opção de configurar se a crítica é ignorável e demonstrar para o Prestador as possíveis glosas que serão aplicadas com o envio do arquivo XML;
- l) Possibilidade de anexar documentos tanto na solicitação quanto no lote de cobrança;
- m) Recurso de Glosas: Solicitação e acompanhamento, Cancelamento, Impressão de Guia;
- n) Validação do Beneficiário;
- o) Check-in com cartão e verificação de elegibilidade;
- p) Cadastro biométrico embarcado ou obtido do sistema de back-end;
- q) Extrato de Utilização;
- r) Emissão de Demonstrativo de Pagamento;
- s) Informações Cadastrais.

8.1.10.4. O reconhecimento facial pode ser adotado pela CONTRATADA desde que não exclua o reconhecimento biométrico.

8.1.11. Módulo de Gestão de Internação

8.1.11.1. A plataforma precisa contemplar todo o gerenciamento de beneficiários internados da CONTRATANTE, permitindo ações em tempo real e o mapa de internações atualizado de forma on-line.

8.1.11.2. Para o gerenciamento das internações, deve-se permitir:

- a) Cadastro das visitas ao paciente internado;
- b) Cadastro das prorrogações do paciente internado;
- c) Cadastro das contas hospitalares classificadas por tipo de despesas e respectivas glosas realizadas pelos auditores nos hospitais;
- d) Controle dos custos assistenciais;
- e) Mapa dos internados em tempo real;
- f) Indicadores de TMI (tempo médio por dia), TMP (tempo médio de permanência) e CPD (custo por dia);
- g) Histórico dos itens anteriores para o paciente internado;
- h) Mobilidade.

8.1.12. Aplicativo Mobile para os auditores

8.1.12.1. Prever módulo mobile para gerenciar os prazos e periodicidades quanto a realização das ordens de serviço (auditoria concorrente de leito) das equipes técnicas (médico/enfermeiro), respeitando os critérios das regras da operadora nos prestadores credenciados e beneficiários.

8.1.12.2. Integrado com a plataforma, a gestão de sinistros ocorre em tempo real para os beneficiários internados. Prever funcionalidade para localizar através do dispositivo a posição atual do auditor e seus locais de auditoria, tornando mais ágil a logística.

8.1.12.3. Possibilidade de registrar no aplicativo mobile a existência de pacientes internados dos quais ainda não foram regulados (sem autorização).

8.1.12.4. Disponibilizar aplicativo nas plataformas Android e iOS, e em caso de falta de indisponibilidade de rede de internet, plataforma precisa trabalhar off-line e após restabelecer a conexão com a internet precisa sincronizar os dados com a central de monitoramento.

8.1.12.5. Integração com a central de regulação.

8.1.12.6. A plataforma deve permitir integração com o Sistema de Gestão, precisa receber as autorizações de internações após a liberação pela central de regulação.

8.1.12.7. Permitir monitoramento das autorizações e identificar o paciente internado para iniciar o processo de gestão do sinistro.

8.1.12.8. O Mapa dos Internados da plataforma deve enviar ordens de serviços para os auditores através do aplicativo mobile e os auditores recebem as informações em tempo real para visitar os pacientes em determinados hospitais, permitindo registrar todas as ocorrências durante a auditoria, desde solicitar novas prorrogações, registrar alta, glosas, etc.

8.1.12.9. Em caso de indisponibilidade de rede de internet do celular do Auditor, o auditor deverá trabalhar off-line e após restabelecer a conexão com a internet, deve sincronizar os dados com a central de monitoramento.

8.1.12.10. Funcionalidade de monitoramento:

- 8.1.12.10.1. O monitoramento tem como objetivo identificar e corrigir ocorrências sem evitaras, principalmente, na permanência desnecessária dos beneficiários no ambiente hospitalar;
- 8.1.12.10.2. Para o processo de identificação do paciente internado, a solução deve permitir o registro de todas as entradas e saídas de pacientes nos hospitais monitorados, permitindo monitorar:
- a) Frequência das ordens de serviços disparadas;
 - b) Visitas apresentadas;
 - c) Atenção e agilidade da equipe no processo de "desospitalização";
 - d) Indicação de Home Care, Hospital de Retaguarda e Alta por melhora;
 - e) Informação junto as operadoras para liberação de autorização dos procedimentos pertinentes a internação;
 - f) Prorrogações pertinentes;
 - g) Longa Permanência;
 - h) Alto Custo.
- 8.1.12.11. O mapa de internação da solução deve facilitar a visualização dos pacientes internados, permitindo as seguintes visualizações:
- a) Pacientes internados por competência/dia;
 - b) Pacientes por Prestadores;
 - c) Frequência das Ordens de Serviços;
 - d) Faixa de Diárias;
 - e) Tipo de internação;
 - f) Regime de Internação;
 - g) Condição de Atendimento.
 - h) Funcionalidade de indicadores de desempenho:
- 8.1.12.12. A plataforma deve reunir e retornar os inúmeros dados registrados para realizar a análise de resultados dos serviços de auditoria, permitindo a visualização destas informações em um painel de controle existente na solução;
- 8.1.12.13. O painel de controle da plataforma deve contemplar:
- a) Funções analíticas pré-definidas;
 - b) Gráficos, indicadores e semáforos;
 - c) Relatórios compartilhados e pessoais;
 - d) Envio automático das informações;
 - e) Criação de campos calculados;
 - f) Padronização das informações;
 - g) Controle de conteúdo e acesso.
- 8.1.13. Portal de Gestão de Indicadores (Dashboards)
- 8.1.13.1. Disponibilizar Portal (com visões gráficas - "dashboards") para gestão de indicadores de produtividade, sinistralidade, utilização médico assistencial, dados epidemiológicos, populacionais, e demais indicadores inerentes ao processo de gestão da Operação.
- 8.1.14. Módulo Informativo para alavancar medidas de prevenção e promoção à saúde.
- 8.1.14.1. Inclusão automática dos beneficiários selecionados na ferramenta de estratificação nos programas, grupos e subgrupos determinados.
- 8.1.14.2. Inserção de beneficiários em programas sem a necessidade de estratificação na base de dados.
- 8.1.14.3. Criação e aplicação de protocolos diferenciados com possibilidade de recursividade entre os atendimentos e possibilidade de encadeamento de atividades sucessivas com o controle das tarefas a serem executadas e sua periodicidade.
- 8.1.14.4. Os protocolos devem ter a possibilidade de associação com os subgrupos de programas, para determinar as tarefas e periodicidade de execução aos beneficiários que fazem parte de cada programa, grupo e subgrupo.
- 8.1.14.5. Criação de níveis de risco dos pacientes, através de faixas de pontuação previamente cadastradas e associadas às respostas dos questionários. Através da pontuação vinculada às respostas os pacientes devem ser automaticamente classificados no nível de risco adequado. Deverá também ser possível criar quantas faixas de classificação de risco forem necessárias.
- 8.1.14.6. Importação do cadastro de CIDs (Código Internacional de Doenças).
- 8.1.14.7. Cadastro de diagnósticos com o respectivo vínculo ao cadastro de CIDs (Código Internacional de Doenças).
- 8.1.14.8. Criação e parametrização dos status de finalização dos contatos com a possibilidade de geração automática de novas tarefas através de parâmetros para a geração automática de agendamento para novo contato, mudança do status da tarefa ou outra ação possível dentro do sistema.
- 8.1.14.9. Marcação de dados de contato inconsistentes no beneficiário que tenha uma tela específica onde seja possível corrigir o cadastro do mesmo.
- 8.1.14.10. Durante um atendimento telefônico, consultar dados e atendimentos de familiares vinculados ao plano de saúde do participante em atendimento. Deverá permitir também iniciar o atendimento ao familiar do beneficiário através do atendimento atual sem a necessidade de buscar o familiar na base de dados.
- 8.1.14.11. Acesso a painel de atendimentos onde seja possível efetuar o acompanhamento de todas as atividades existentes na base de dados, com opções de consulta por classificação, modo e status do atendimento, por período inicial e final, cliente, participante e atendente.
- 8.1.14.12. Transferir um atendimento para outro profissional.
- 8.1.14.13. Reabertura de atendimentos cancelados para correção e complementação de informações coletadas incorretamente.
- 8.1.14.14. Montagem de modelos de documentos, possibilitando a criação de questionários, formulários, avaliações de eventos, entrevistas/anamneses, cartas, e-mails, SMS, etiquetas e inquéritos.
- 8.1.14.15. Criar modelos de documentos com perguntas e respostas de múltipla escolha, perguntas dependentes, respostas numéricas calculadas, textos livres e datas no formato MM/AAAA ou DD/MM/AAAA.
- 8.1.14.16. A ferramenta deverá permitir que cada resposta possa estar associada a uma pontuação específica que será utilizada para classificar o grau de risco de cada participante. Também deverá permitir que seja parametrizada para cada resposta a possibilidade de encaminhamento direto para um subgrupo de programa e também a um diagnóstico.
- 8.1.14.17. Possibilidade de criação de grupos dos indicadores para utilização nos modelos de documentos.
- 8.1.14.18. Possibilidade de criação de parâmetros de normalidade para cada indicador, vinculando faixas de resposta ao critério de normalidade. Desta forma, poderá se acompanhar a cada resposta se está dentro dos parâmetros de normalidade esperados para aquele indicador.
- 8.1.14.19. Criação de unidades de medida que serão utilizadas em conjunto com os indicadores específicos na aplicação dos inquéritos ou questionários.
- 8.1.14.20. Vínculo de indicadores acompanhados a cada participante com atualização automática através de respostas dadas durante o preenchimento dos modelos de documentos.
- 8.1.14.21. Montagem e aplicação de questionários personalizados utilizados no levantamento de informações do beneficiário nos contatos telefônicos com atualização automática das informações do beneficiário:
- a) A ferramenta deverá permitir que as perguntas tenham inteligência de filtro automático, principalmente para sexo e faixa etária, fazendo com que o sistema não apresente determinadas perguntas para pacientes que não tenham relação com o sexo ou faixa etária cadastrados para aquela pergunta;
 - b) Controle de históricos de contato com o beneficiário como: inquéritos e repostas dos inquéritos aplicados, contatos telefônicos, mala direta e outros.
- 8.1.15. Telemedicina
- 8.1.15.1. Deverá ser disponibilizada uma plataforma de telemedicina para uso e atendimentos a beneficiários do plano. A plataforma deve estar disponível para acesso via desktop e/ou tablet através de navegadores web e smartphones tanto nos formatos nativos quando no formato responsivo.
- 8.1.15.2. A plataforma deve permitir a realização de teleconsultas eletivas e de urgência.
- 8.1.15.3. A plataforma deve gerenciar a fila de pacientes, informando-os em tempo real da sua posição em cada momento.
- 8.1.15.4. A plataforma deve permitir o gerenciamento de filas distintas por especialidade.
- 8.1.15.5. A plataforma deve permitir a visualização de todas as teleconsultas agendadas.
- 8.1.15.6. A plataforma deve permitir também o agendamento eletrônico dentro da própria plataforma.
- 8.1.15.7. A plataforma deve emitir alertas para que o paciente acesse a sala virtual após a entrada do médico na sala.
- 8.1.15.8. A plataforma deve solicitar uma avaliação de satisfação do paciente após a consulta, em formatos quantitativo e qualitativo.
- 8.1.15.9. A plataforma deve enviar documentos relevantes (prescrições, atestados, etc) via SMS e/ou e-mail para o paciente.
- 8.1.15.10. A plataforma deve permitir o acesso ao histórico de consultas, contendo todos os documentos emitidos na consulta, além de outras informações relevantes.
- 8.1.15.11. A plataforma deve gerenciar a fila de pacientes, informando ao médico o próximo paciente a ser atendido na fila.
- 8.1.15.12. A plataforma deve permitir que o médico acesse a fila e atenda algum paciente fora da ordem.
- 8.1.15.13. A plataforma deve permitir que o médico defina sua especialidade e veja apenas a fila relevante para ele.
- 8.1.15.14. A plataforma deve permitir a configuração de agenda do médico.
- 8.1.15.15. A plataforma deve permitir que o médico veja se o paciente está ou não na antessala.
- 8.1.15.16. A plataforma deve definir possibilitar o registro de não atendimento nas consultas em que o médico entre na sala e o paciente não o faça dentro de um tempo configurável.
- 8.1.15.17. A plataforma deve possuir prontuário de forma estruturada.
- 8.1.15.18. A plataforma deve possuir integração para emissão de prescrições de medicamentos e exames, bem como emissão de atestados, com exigência de certificado digital por parte do médico.
- 8.1.15.19. A plataforma deve solicitar uma avaliação de satisfação do médico após a consulta, em formatos quantitativo e qualitativo.
- 8.1.15.20. A plataforma deve permitir a visualização do histórico de consultas e prontuário do paciente durante a consulta.

- 8.1.16. OPME
- 8.1.16.1. Permitir visualizar/imprimir cotações OPME realizadas para algum atendimento.
- 8.1.16.2. Disponibilizar relatório de cotação de OPME.
- 8.1.16.3. Realizar cotação de OPME vinculado a uma solicitação.
- 8.1.16.4. Permitir fechamento de cotação de OPME.
- 8.1.16.5. Permitir alteração de cotação de OPME.
- 8.1.16.6. Permitir cancelamento de cotação de OPME.
- 8.1.16.7. Permitir reabertura de cotação de OPME.
- 8.1.16.8. Permitir aprovação de cotação de OPME, selecionando fornecedor/vencedor.
- 8.1.16.9. Permitir cadastramento de fornecedores de OPME.

9. INFRAESTRUTURA, BANCO DE DADOS E IMPLANTAÇÃO

9.1. Plataforma operacional

- 9.1.1. Todas as funcionalidades do sistema devem ser acessadas através de interface WEB (Internet). A interface do Sistema de Gestão deve ser 100% web, não sendo permitido o uso de emuladores ou softwares adicionais que simulem execução na WEB.
- 9.1.2. O acesso ao sistema se dará através de protocolo seguro com chaves criptografadas, com controles projetados para revelar acesso não autorizado ao sistema e dados e alterações por meio de auditoria, monitoramento e relatórios.
- 9.1.3. A CONTRATADA deverá garantir que o provedor de acesso e serviço, tenha capacidade e estrutura para manter disponível e com segurança o sistema em funcionamento, apresentar plano de controle de desastre e o plano de backup, validados e homologados pelo CONTRATADA, com performance compatível com a quantidade de acessos e tamanho da base de beneficiários e credenciados.

9.2. Estrutura de banco de dados

- 9.2.1. O software deverá ser homologado e gerenciado pelo Banco de Dados relacional, com acesso restrito por usuário, sendo que a política de segurança deverá ser responsabilidade da CONTRATADA.
- 9.2.2. Deverá ser dado aos gestores da CONTRATANTE, o acesso aos data-center, bem como a base de dados, com intuito da equipe técnica da CONTRATANTE fazer auditorias e verificação dos dados, bem como a realização de backup em servidor próprio, se assim for necessário.

9.3. Hospedagem

- 9.3.1. A CONTRATA deverá hospedar o sistema informatizado gestor de assistência à saúde em ambiente de Data Center, em instalações de responsabilidade da CONTRATADA (próprias ou terceirizadas), com hardwares, softwares de gerenciamento de aplicação, de bancos de dados, de segurança e de apoio dotado de infraestrutura de segurança física e lógica, padrões de redundância e acesso.
- 9.3.2. Disponibilizar DATA CENTER para hospedagem e operacionalização do sistema, contemplando:
 - 9.3.2.1. Certificação: Tier III, possuir ISO 27000 e ISAE 3402;
 - 9.3.2.2. Todos os sistemas essenciais para o funcionamento e operação do ambiente devem dispor de solução de alta disponibilidade a fim de garantir a continuidade dos serviços prestados;
 - 9.3.2.3. Fornecimento ininterrupto de energia, evitando qualquer tipo de paralisação dos servidores;
 - 9.3.2.4. Sistemas de climatização projetados para operação contínua 24 horas por dia, 7 dias por semana, possibilitando que os equipamentos se mantenham sempre refrigerados;
 - 9.3.2.5. Sistema de alarme e supressão de fogo;
 - 9.3.2.6. Segurança contínua, através de monitoramento preventivo e constante, 24 horas por dia;
 - 9.3.2.7. Conectividade múltipla e redundante, garantindo a máxima disponibilidade dos servidores na internet;
 - 9.3.2.8. Proteção através de solução de Firewall/NGFW/UTM, evitando acesso indevido e comprometimento dos serviços;
 - 9.3.2.9. Gerenciamento dos recursos computacionais de forma ininterrupta;
 - 9.3.2.10. Tráfego de rede;
 - 9.3.2.11. Disponibilidade e carga dos servidores;
 - 9.3.2.12. Disponibilidade e carga dos bancos de dados;
 - 9.3.2.13. Disponibilidade e carga dos links;
 - 9.3.2.14. Backups de todo os dados, seguindo as seguintes políticas de retenção mínima:
 - 9.3.2.15. Transação com retenção de 90 dias;
 - 9.3.2.16. Imagem/Snapshot (mensal) com retenção de 12 meses;
 - 9.3.2.17. Imagem/Snapshot (anual) com retenção de 5 anos.
 - 9.3.2.18. Backup de redundância, armazenado em local seguro e remoto, com o intuito de garantir a recuperação dos dados em caso de desastre;
 - 9.3.2.19. Garantir o sigilo completo da senha de acesso ao banco de dados do ambiente produtivo, inclusive de desenvolvedores, analistas, gerentes do sistema ou qualquer outra pessoa não previamente autorizada pelo administrador de banco de dados;
 - 9.3.2.20. Equipamentos servidores de alta performance e disponibilidade, padrão Rack ou Blade, capazes de atender às demandas dos serviços ora licitados, com desempenho adequado e com contingência;
 - 9.3.2.21. Todos os equipamentos servidores devem possuir fonte redundante;
 - 9.3.2.22. O Sistema Operacional dos servidores deve ter características de alta disponibilidade e ser próprio para servidores;
 - 9.3.2.23. O Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) deverá ser relacional, com capacidade para grandes volumes de informação (acima de 2 terabytes).

9.4. Sistema Informatizado Próprio ou pertencente ao mesmo grupo econômico da CONTRATADA

- 9.4.1. O software é parte fundamental para o sucesso deste projeto e o fornecedor deve ter total domínio e conhecimento sobre o mesmo, permitindo eventuais adequações aos processos da CONTRATANTE com total agilidade, então se permitido terceirizar a solução de software, existe grande risco de o fornecedor alegar problemas ou desconhecimento do sistema terceiro no cumprimento dos serviços contratados, gerando grande impacto na operação da CONTRATANTE. Além disto, a maioria das empresas fornecedoras que prestam este tipo de serviço, possuem software próprio que justifica maior eficiência na execução dos serviços.

9.5. Segurança de Dados

- 9.5.1. A plataforma deverá permitir o cadastramento de usuários com controle de nível de acesso aos módulos através de senhas de segurança para cada nível de usuário, as quais deverão ser criptografadas no banco de dados, podendo ser configurado para inclusão, alteração, consulta e exclusão.
- 9.5.2. A comunicação entre Cliente e Servidor deverá ocorrer via conexão criptografada e utilizando protocolo SSL/HTTPS; 3.2.3. A plataforma deverá permitir auditoria automática das operações efetuadas e utilização por parte dos usuários da mesma através de logs de acesso, de modo que seja possível identificar claramente as atividades de consulta de qualquer informação, qualquer módulo, inclusive as relativas a administração da solução de qualquer usuário, indistintamente, inclusive administradores.

9.6. Manutenção, Suporte Técnico e Operacional

- 9.6.1. Para as atividades de manutenção do Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da Polícia Federal, considerado um software de alta complexidade, a empresa CONTRATADA deverá disponibilizar equipe técnica treinada, processos bem definidos e ferramentas adequadas evitando-se assim que, com o software já implementado, a falta de manutenção adequada possa resultar em soluções incompletas, não integradas e mal suportadas.
- 9.6.2. Os serviços de sustentação de software englobam processos de manutenção divididos nas seguintes atividades:
 - 9.6.2.1. Manutenção Corretiva: Identificação e correção de erros no software que não foram identificados nas fases de desenvolvimento e teste, evitando assim problemas na execução do software por meio de simples reparos ou intervenções mais complexas;
 - 9.6.2.2. Manutenção Adaptativa: Adaptação no software para acomodar as constantes mudanças ocorridas em seu ambiente externo, essas mudanças podem ser em regras de negócio ou dispositivos legais que tenham consequências nas funções do sistema;
 - 9.6.2.3. Manutenção Preventiva/Legais: Alterações no software buscando melhorar a confiabilidade ou oferecer uma estrutura melhor para futuras manutenções, partindo de uma observação dos mantenedores sobre o que poderá gerar algum tipo de erro no software, tratando antes que um problema venha a ocorrer.
- 9.6.3. A empresa CONTRATADA deverá atender a demanda da CONTRATANTE pelos serviços de suporte técnico e operacional aos usuários, visando a solução de problemas específicos na utilização dos módulos e funcionalidades do Sistema Informatizado de Gestão de Saúde da CONTRATANTE.
- 9.6.4. Os serviços de suporte em Tecnologia da Informação devem ser prestados aos usuários do sistema de forma remota, resolvendo problemas relativos ao funcionamento do sistema de informação.
- 9.6.5. Dentre as atividades inerentes aos serviços de suporte técnico e operacional, devem estar previstos atender aos chamados dos usuários, relacionados a problema ou dúvidas sobre o uso das ferramentas, entre outras questões relacionadas às suas atividades.
- 9.6.6. A empresa CONTRATADA deverá disponibilizar atendimento telefônico, em português, nos dias úteis de segunda-feira a sexta-feira, em horário comercial local da CONTRATANTE; exceto feriados locais e nacionais.
- 9.6.7. A empresa CONTRATADA manterá cadastro das pessoas indicadas pela CONTRATANTE, que poderão efetuar abertura de chamados via web e autorizar o fechamento deles. Cada pessoa cadastrada no sistema de abertura de chamados deverá receber identificação e senha que permitam acesso seguro a este, de maneira a evitar que pessoas não autorizadas possam acionar o serviço.

9.7. Customização e Implantação

- 9.7.1. A implantação do software deverá ocorrer após a carga dos dados e customização, se necessário. Este processo deverá garantir de forma segura a continuidade dos serviços prestados, o histórico de todas as informações e a continuidade da gestão da CONTRATANTE.

9.7.2. A instalação do software, pela CONTRATADA, deverá obedecer às seguintes regras:

9.7.2.1. Apresentação, no início dos trabalhos de customização, implantação e manutenção de sua atualização, os documentos citados abaixo, com o objetivo de explicitar o modelo de dados e a estrutura dos bancos de dados necessários ao funcionamento do sistema de Gestão de Saúde;

9.7.2.2. Diagrama de contexto;

9.7.2.3. Documentação dos scripts de criação do banco de dados utilizados no produto;

9.7.2.4. Documentação de operação do sistema (incluindo backup e recuperação);

9.7.2.5. Documentação e procedimentos do usuário;

9.7.2.6. Disponibilização das mídias contendo os componentes de instalação do sistema de Gestão de Saúde, bem como execução do treinamento aos funcionários da CONTRATANTE na sistemática de instalação, com o fornecimento de manuais e/ou documentos necessários para esta atividade;

9.7.2.7. Acompanhamento da homologação de cada módulo e/ou função, realizada pela CONTRATANTE, que validará os processos, as informações e os programas de computador (Ex: carga de dados, integração cadastral e arquivos de interface), através de execução em paralelo com o sistema atual ou por conferência dos resultados das operações, atestando assim a conclusão da fase de homologação.

9.7.2.8. A CONTRATADA deverá ministrar treinamento operacional aos usuários da CONTRATANTE que utilizarão o sistema, em um ou mais módulos, capacitando-os a utilizarem-no, prevendo documentação e manuais de apoio.

9.7.3. A solução proposta deverá prever as rotinas de integração com outros sistemas de Gestão utilizados pela CONTRATANTE, caso necessário para operacionalização dos serviços previstos neste Termo de Referência.

9.8. Treinamento

9.8.1. As capacitações serão feitas de forma presencial para os gestores e operadores da CONTRATANTE, devendo a CONTRATADA providenciar a infraestrutura necessária (sala, equipamentos para o instrutor, equipamentos para os alunos – máximo de dois treinando por computador, rede lógica, impressora, projetor, etc.) para a realização das capacitações, e fornecimento do material didático para cada participante.

9.8.2. A estada e os deslocamentos dos profissionais instrutores para realização dos treinamentos serão de responsabilidade da CONTRATADA.

9.8.3. O material didático a ser utilizado nos treinamentos presenciais deverá ser fornecido pela CONTRATADA, redigido em língua portuguesa (Brasil), em arquivo PDF e Word, impresso na quantidade de alunos a serem treinados, e entregue no primeiro dia do treinamento;

9.8.4. Os treinamentos deverão ser ministrados por profissional(ais) com experiência (comprovada) em ministrar treinamento presencial e com conhecimento técnico operacional da ferramenta e dos requisitos funcionais exigidos neste Termo de Referência;

9.8.5. Para cada turma será emitida uma lista de presença dos participantes.

9.8.6. A CONTRATANTE deverá encaminhar antecipadamente uma lista informando o nome dos participantes que deverão ser capacitados.

9.8.7. A CONTRATADA deverá realizar, entre os participantes, uma avaliação da capacitação, com o objetivo de aferir o aprendizado e o grau de satisfação dos usuários com o treinamento realizado, contemplando o instrutor, as instalações físicas e ambientais e o conteúdo programático. Essa avaliação terá uma nota final que será utilizada para gerar uma nota geral do treinamento. As notas atribuídas serão de 0 a 10 em cada item, sendo 7 a nota mínima exigida por item.

9.8.8. A aceitação da capacitação será mediante a entrega das avaliações com nota mínima de 7 (sete) por item.

9.8.9. Ao final do treinamento, a CONTRATADA, deverá obter dos alunos a avaliação do treinamento, contendo, no mínimo, os seguintes questionamentos: se carga horária e conteúdo foram adequados, se o conhecimento e didática do instrutor, qualidade do material didático e o treinamento foi “satisfatório” ou “não satisfatório”;

9.8.10. Após concluído satisfatoriamente o treinamento, a CONTRATADA deverá emitir, sem custo para a CONTRATANTE, certificado para os alunos que tiveram frequência de 100% da carga horária do treinamento, contendo, no mínimo, título do treinamento, conteúdo, carga-horária, período de realização e identificação do aluno e da empresa;

9.8.11. O número de turmas e a quantidade máxima de participantes por turma, bem como a carga horária mínima do treinamento, conforme listados abaixo, ocorrerá na cidade de Brasília-DF.

Número de Turmas	Tipo de Capacitação	Participantes por Turma	Carga horária
1	Gestores	10	16 horas
2	Multiplicadores/Operadores	10	120 horas

10. PROVA DE CONCEITO (AMOSTRA)

10.1. A empresa deverá apresentar proposta técnica, incluindo o fornecimento de software, que contemple as características expostas no item 8 e 9, a qual servirá, também, para a prova de conceito, tendo suas funcionalidades avaliadas e apresentadas presencialmente.

10.2. Não será exigido, na POC, que o sistema apresente a mesma formatação de campos relacionados em alguns itens descritos na amostra. Contudo, a Licitante deverá demonstrar, na prova, a capacidade de parametrização como recurso do sistema, tal como criação de campos e relatórios em tempo de execução.

10.3. Deverá demonstrar a capacidade de parametrização, mesmo trazendo uma configuração predefinida para a POC.

10.4. A prova de conceito deverá ser realizada presencialmente, na sede da Polícia Federal e será acompanhada por Comissão Técnica designada pelo órgão.

10.5. A data da Prova de Conceito será marcada na sessão de realização do certame, com prazo não inferior a 20 (vinte) dias úteis, com convocação imediata da licitante para, às suas expensas, preparar o ambiente computacional e realizar a Prova de Conceito na data marcada.

10.6. A prova de conceito, será de caráter eliminatório e terá como objetivo a comprovação, via sistema informatizado, dos requisitos técnicos apresentados na proposta técnica, oportunidade em que serão avaliadas as funcionalidade e serviços essenciais do aplicativo, para verificação do cumprimento dos requisitos funcionais e não funcionais de entrega imediata, referidas nos itens 8 e 9.

10.7. A amostra da prova de conceito do Sistema Informatizado do Programa de Saúde é utilizada na comprovação da capacidade técnica da licitante habilitada. Consiste na demonstração funcional de que sua Solução atende a 80% (oitenta por cento) e aos requisitos mínimos necessários à execução e gerenciamento dos serviços a serem contratados. A versão instalada para a Prova de Conceito deverá conter dados fictícios a fim de possibilitar a visualização de alguns recursos, dentre eles os painéis de Business Intelligence.

10.7.1. Todos os componentes necessários ao pleno funcionamento (aplicativo, banco de dados, softwares e respectivas licenças) da amostra deverão ser providos pela licitante habilitada e instalados no seu próprio ambiente computacional, seja em datacenter próprio ou terceirizado (serviços de infraestrutura em nuvem). A responsabilidade pela instalação, configuração e parametrização destes componentes é exclusiva da licitante habilitada, devendo-se atentar para a data marcada para sua realização, conforme item 10.3.

10.8. Na Prova de Conceito a solução será avaliada no prazo de até 03 (dias) dias úteis, podendo tal prazo ser ampliado, conforme necessidade da CONTRATANTE.

10.9. Caso a licitante atinja o percentual mínimo de 70% (setenta por cento), em razão de eventual problema técnico, a CONTRATANTE marcará uma POC complementar no prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação dos requisitos não aprovados.

10.10. Caso a licitante não realize a Prova de Conceito ou apresente solução que não atenda às especificações exigidas, será desclassificada.

10.11. A prova de conceito poderá ser assistida pelo próximo classificado no certame, porém apenas os membros da Comissão técnica de Avaliação da CONTRATANTE poderão fazer perguntas ou solicitar esclarecimentos ao representante do licitante enquanto o mesmo estiver demonstrando o requisito.

10.12. Não será permitida a utilização de qualquer dispositivo eletrônico durante a amostra pelos participantes observadores, não membros da Comissão Técnica da CONTRATANTE ou não membros da empresa convocada para realizar a amostra.

10.13. A licitante não será punida caso apresente o resultado desejado utilizando procedimentos de execução distintos dos descritos na POC, desde de que sejam respeitados os requisitos técnicos exigidos pela CONTRATANTE.

10.14. Serão avaliadas na Prova de Conceito parte dos recursos estabelecidos nos itens 8 e 9, deste Termo de Referência, devendo a empresa demonstrar, no próprio software, 80% dos requisitos imprescindíveis exigidos na Prova de Conceito, sendo:

10.14.1. Solução Tecnológica: Todas as funcionalidades, sejam cadastros, solicitações, regulação, auditoria, faturamento, devem ser construídas em plataforma Web, acessíveis por navegador Internet padrão, sem a necessidade de instalação de software proprietário na máquina do usuário, tais como emuladores ou interfaces gráficas remotas. Este requisito é eliminatório.

10.14.2. Telemedicina.

10.14.2.1. Demonstrar plataforma de telemedicina para uso em atendimentos a beneficiários. A plataforma deve estar disponível para acesso via desktop e/ou dispositivos móveis.

10.14.2.2. Demonstrar a realização de teleconsulta por meio da plataforma.

10.14.2.3. Demonstrar que a plataforma permite o gerenciamento de filas distintas por especialidade.

10.14.2.4. Demonstrar que a plataforma permite o agendamento eletrônico e a visualização de todas as teleconsultas agendadas.

10.14.3. Cadastro de Beneficiários

10.14.3.1. Cadastrar beneficiários (titulares e dependentes) e documentos pertinentes às inscrições no Programa, de acordo com as normas da CONTRATANTE, realizando críticas de dados que possam gerar inconsistências dos dados, bem como exibir histórico de todas as alterações cadastrais.

10.14.3.2. Realizar validação da data de nascimento do beneficiário, de forma a não permitir inconsistências como nascimento em data superior à data atual, data de inclusão ou data de vencimento da próxima contraprestação ou data de validade da carteira, ou inferior à data de nascimento de seu titular (ex.: o filho não pode ser mais velho que o pai).

10.14.3.3. Realizar validação do CPF, inclusive para caso de repetição, em todas as operações de inclusão.

10.14.3.4. Cadastrar endereços do beneficiário.

10.14.3.5. Demonstrar o controle da situação cadastral do beneficiário - usuário (ativo), não usuário (cancelado), falecido, afastado, LTI (licença).

10.14.3.6. Demonstrar o controle da situação cadastral do beneficiário - usuário ativo ou inativo no sistema.

10.14.3.7. Demonstrar inativação automática de beneficiários conforme regras definidas pela CONTRATANTE. Exemplo: inadimplentes a mais de 60 dias.

10.14.3.8. Cadastrar motivos de cancelamento e suspensão, por ocasião desses eventos.

10.14.3.9. Reativar beneficiário de beneficiário tenha sido cancelado. Nesse caso devem ser validados o CPF do beneficiário e o motivo do cancelamento.

10.14.3.10. Demonstrar o controle das carteiras de beneficiários. O sistema deverá permitir controlar as validades diferenciadas para pensionistas e filhos maiores de 18 anos. Também deverá fazer o controle da validade de forma diferenciada para pensionistas e filhos maiores de 18 anos.

10.14.3.11. Cadastrar motivo de solicitação de 2ª via de carteirinha do beneficiário (perda ou extravio, roubo ou danificada).

10.14.3.12. Gerar relatório de carteirinhas a serem impressas. O relatório deve considerar as novas inclusões, as solicitações de 2ª via de carteirinha e as alterações de dados cadastrais (constantes da carteira) do beneficiário.

10.14.3.13. Gerar arquivo para impressão carteira de beneficiário, contendo os dados definidos em layout de demonstração.

10.14.3.14. Registrar no cadastro do beneficiário regras específicas, conforme o caso, para: carência, coparticipação, cobertura e limites de utilização, podendo ser aplicado ao um único beneficiário, família ou contrato.

10.14.3.15. Cadastrar produtos (registrados na ANS).

10.14.3.16. Cadastrar tabelas de reembolso e pagamento ao prestador.

10.14.3.17. Cadastrar várias tabelas de procedimentos (Ex. CBHPM, TUSS, etc.).

10.14.3.18. Importar tabela de procedimentos.

10.14.3.19. Cadastrar tabela de valores de procedimentos, com registro da data de vigência para o prestador, demonstrando o cálculo financeiro com base na data especificada.

10.14.3.20. Demonstrar informação do valor da coparticipação/franquia que deverá ser cobrada do beneficiário, para envio por e-mail ou através de serviços WEB.

10.14.3.21. Gerar relatório de movimentação: por período, tipo (inclusão/exclusão/alteração), UF e cidade.

10.14.3.22. Importar arquivo para inclusão, alteração e exclusão em lote de dados de beneficiários.

10.14.3.23. Gerar relatório de retorno de importação da movimentação cadastral dos beneficiários (quantidade de beneficiários importados e não importados com os respectivos erros).

10.14.3.24. Demonstrar cancelamento automático dos dependentes que atingirem a idade limite de permanência no plano, de acordo com as diretrizes da CONTRATANTE. Exemplo: 18 anos para dependentes que não comprovarem escolaridade através de documentação, e 24 anos, de forma definitiva.

10.14.3.25. Demonstrar o controle das franquias e coparticipações cobradas. O sistema deverá permitir o cadastramento destas franquias, inclusive determinando se serão cobradas para atendimentos de urgência, eletivos ou ambos. Deverá também possibilitar a vinculação dos procedimentos a cada franquia, através de interface cadastral, buscando os procedimentos das tabelas de remuneração dos prestadores.

10.14.3.26. Demonstrar o controle dos procedimentos realizados em regime de internação em UTI, de forma a não cobrar coparticipação nem franquia das despesas decorrentes destes procedimentos.

10.14.3.27. Permitir cadastrar critérios de coparticipação especificando percentuais diferentes por tipo de evento, permitindo ainda especificar valores específicos para um dado procedimento, diferenciação por tipo de segurado, permitindo ainda especificar um teto máximo da coparticipação para cada item.

10.14.3.28. Permitir a solicitação de adesão ao plano diretamente pelo beneficiário, realizando o upload de documentos e informando dados cadastrais.

10.14.3.29. Avaliar uma solicitação de adesão feita por um beneficiário e emitir decisão sobre adesão.

10.14.3.30. Permitir o cancelamento de plano pelo próprio beneficiário.

10.14.4. Cadastro de Prestadores e Rede Credenciada

10.14.4.1. Demonstrar cadastro de prestador (PJ ou PF).

10.14.4.2. Demonstrar inclusão de dados cadastrais, tais como: CNPJ (considerando sede e filial), e-mail, website, conta corrente para depósitos, especialidades, nome do médico, pessoa jurídica para divulgação, possibilidade de diferentes tabelas, pacotes, data de credenciamento e descredenciamento, registro da indicação para credenciamento, registro de envio eletrônico de contas, advertências e motivo de descredenciamento.

10.14.4.3. Demonstrar filtragem de solicitações de credenciamento, por exemplo, com ordenação por data ou número de credenciamento (de)crecente, Nº do credenciamento, Cód. Prestador, Nome, Período de criação, situação, responsável, CPF/CNPJ.

10.14.4.4. Demonstrar cadastrar de empresa prestadora de serviços (PJ).

10.14.4.5. Demonstrar cadastro de especialidades.

10.14.4.6. Demonstrar cadastro do local do atendimento.

10.14.4.7. Demonstrar cadastro de pacotes de serviços, contendo toda a sua composição (diárias, taxas, materiais, medicamentos e procedimentos).

10.14.4.8. Demonstrar cadastro de permissões de atendimento do prestador. (Exemplo: prestador é especialista em Cirurgia, mas não tem credenciamento para realizar cirurgias).

10.14.4.9. Vincular o prestador a mais de uma especialidade e a mais de uma permissão de atendimento.

10.14.4.10. Vincular um prestador a mais de um corpo clínico (empresa PJ).

10.14.4.11. Consultar as informações cadastrais do prestador/rede credenciada (razão social, nome fantasia, clínica, código, etc.), bem como o controle das diversas tabelas, valores e condições contratuais negociadas, permitindo filtrar por especialidade, nome ou razão social do credenciado, bairro, região e procedimento.

10.14.4.12. Demonstrar controle da remessa de documentos entregues aos prestadores, utilizando campos específicos para esse fim.

10.14.4.13. Visualização dos processos do setor de credenciamento em filas para responsáveis específicos.

10.14.4.14. Registrar negociações de valores diferenciadas por prestador apresentando a tabela de procedimentos para pagamento do prestador.

10.14.4.15. Demonstrar configuração de tabelas de preços, filtrando por: rede de atendimento, associação, negociação específica por prestador, corpo clínico da entidade, tabela geral de preços.

10.14.4.16. Demonstrar histórico das tabelas, para comparações futuras.

10.14.4.17. Inserir parâmetros de impostos tributáveis do prestador vinculado ao cadastro de prestador (PF ou PJ). Exemplo – retenção de impostos (ISS – PIS/COFINS – IR).

10.14.4.18. Demonstrar a manutenção de variáveis de controle legal e tributário.

10.14.4.19. Gerar relatório dos últimos descredenciados e credenciados e do número real atualizado de credenciados.

10.14.4.20. Gerar relatório de credenciados exclusivo por cidade.

10.14.4.21. Gerar relatório da provisão de pagamento para os prestadores.

10.14.4.22. Gerar relatório de contas de prestadores em atraso.

10.14.4.23. Gerar relatório de pagamentos pendentes.

10.14.4.24. Gerar relatório de prestadores ativos.

10.14.4.25. Gerar relatórios de prestadores em atendimento e sem atendimento.

10.14.4.26. Gerar relação de procedimentos glosados no pagamento.

10.14.4.27. Demonstrar regras específicas de críticas nos casos exemplificativos abaixo:

10.14.4.28. Intervalos de atendimentos ao mesmo beneficiário;

10.14.4.29. Eventos excludentes;

10.14.4.30. Exceções de glosas;

10.14.4.31. Especialidade por rede de atendimento;

10.14.4.32. Serviços contratados exclusivo por rede de atendimento.

10.14.4.33. Demonstrar configurações e preços no prestador por: Acomodação de conforto, Honorários + Custo, Filme, HE, Porte, Via de Acesso, Auxiliares, intervalo de eventos, eventos, tipos de serviços, CBO e grau do atendimento (Ambulatório/Internação).

10.14.4.34. Demonstrar o deferimento e indeferimento de solicitações.

10.14.4.35. Demonstrar o registro de orientações e pareceres nas etapas de solicitações.

10.14.4.36. Demonstrar funcionalidade de “trava” de solicitações por usuário, com auditoria de ações, para que colaboradores responsáveis pela mesma atividade não sobreponham decisões uns dos outros, ou atrapalhem a regulação da guia de alguma forma.

10.14.4.37. Demonstrar configurações de automações que serão disparadas automaticamente em etapa, como notificação dos prestadores, habilitar (in)deferimento, habilitar edição de campos, aguardando documentação, dentre outros.

10.14.4.38. Demonstrar a possibilidade de anexar arquivos à solicitação, especificando o tipo de anexo, bem com demonstrar a interação (leitura e download) desses anexos.

10.14.4.39. Possibilidade de transitar a guia para etapas anteriores caso o seja necessário algum esclarecimento ou documentação.

10.14.4.40. Demonstrar acesso ao histórico de trabalho da solicitação, com as etapas em que ela passou, os usuários que trabalharam nela, os pareceres emitidos e o resultado final.

10.14.4.41. Demonstrar a possibilidade de travar a solicitação com as opções “aguardando documentação do prestador” ou “aguardando parecer” para evitar que a guia seja transitada sem alguma informação necessária.

10.14.4.42. Configurar o sistema para aguardar análise de suficiência de rede antes de efetivar um credenciamento.

10.14.4.43. Gerar relatório de solicitações de credenciamentos, descredenciamentos, alteração de dados, deferidos e indeferidos, por período, com os devidos motivos.

10.14.4.44. Definir um responsável pelo processo de credenciamento/descredenciamento, fazendo com que somente ele possa atuar no processo.

10.14.4.45. Visualizar o processo de credenciamento, através de acesso, sem que as informações sejam alteradas.

10.14.4.46. Demonstrar a possibilidade de edição de todas as informações do credenciamento de uma só vez, com controle de acesso.

10.14.5. Autorização

10.14.5.1. Demonstrar identificação de Beneficiários e prestadores de serviços por nome, matrícula, número de carteira de identificação, CPF, RG, CRM, CNPJ.

10.14.5.2. Demonstrar solicitação/execução de consulta/exames realizados através do Autorizador Web.

10.14.5.3. Demonstrar a localização rápida e simplificada de atendimentos anteriores e pendentes através de critérios condicionais.

10.14.5.4. Demonstrar parametrização regras de auditoria para regulação dos procedimentos.

10.14.5.5. Demonstrar limites de utilização para realização de procedimentos médicos.

10.14.5.6. Demonstrar histórico dos Beneficiários dos atendimentos/internações solicitados, autorizados e realizados no período desejado.

10.14.5.7. Demonstrar utilização do padrão TISS para os status da autorização.

- 10.14.6. OPME
- 10.14.6.1. Demonstrar visualizar/imprimir cotações OPME realizadas para algum atendimento.
- 10.14.6.2. Demonstrar relatório de cotação de OPME.
- 10.14.6.3. Demonstrar cotação de OPME vinculado a uma solicitação.
- 10.14.6.4. Demonstrar fechamento de cotação de OPME.
- 10.14.6.5. Demonstrar alteração de cotação de OPME.
- 10.14.6.6. Demonstrar cancelamento de cotação de OPME.
- 10.14.6.7. Demonstrar reabertura de cotação de OPME.
- 10.14.6.8. Demonstrar aprovação de cotação de OPME, selecionando fornecedor vencedor.
- 10.14.6.9. Demonstrar cadastramento de fornecedores de OPME.
- 10.14.7. Regulação dos Procedimentos
- 10.14.7.1. Demonstrar autorização administrativa ou técnica por análise de consistência automática de pedido, com análise dos critérios abaixo. Será testado na Prova de Conceito ao menos um dos casos:
 - a) Status dos Beneficiários;
 - b) Validade da carteira de identificação;
 - c) Limites de utilização permitidos;
 - d) Valores contratados;
 - e) Status do credenciado;
 - f) Histórico dos Beneficiários;
 - g) Regras de assistência à saúde;
 - h) Procedimentos contratados com o credenciado (Solicitados e Executados);
 - i) Condições do contrato com o credenciado;
 - j) Liberação da CONTRATANTE para determinados procedimentos;
 - k) Reconsultas dentro de um prazo limite;
 - l) Críticas sobre o procedimento quando o profissional estiver afastado temporariamente;
 - m) Críticas de procedimentos sem a realização de procedimentos predecessores.
- 10.14.7.2. As informações deverão ser acessíveis para análise técnica e registro de comentários e justificativa para deferimento, revisão de análise e indeferimento.
- 10.14.7.3. Demonstrar os pedidos de autorização que dependam de análise técnica, informando o status do processo (Exemplo: em análise, pedido deferido, pedido indeferido). Quando a decisão for negativa, deverá ser informada também a justificativa do indeferimento.
- 10.14.7.4. Demonstrar para cada beneficiário o histórico de todos os procedimentos solicitados, autorizados administrativa ou tecnicamente, bem como os pedidos não autorizados.
- 10.14.7.5. Demonstrar inserir anexos na autorização com classificação de documentos e visualização.
- 10.14.7.6. Demonstrar a relação entre a quantidade solicitada (procedimento, material, etc) em comparação à quantidade autorizada, mantendo o histórico.
- 10.14.7.7. Demonstrar glosa automática para os procedimentos constantes em uma guia que exija autorização, administrativa ou técnica, e que não tenha a senha.
- 10.14.7.8. Demonstrar integração com o portal e demais módulos do sistema.
- 10.14.7.9. Demonstrar parametrização de fluxos de trabalho, com as etapas que devem ser executadas para regulação da guia e os critérios para a entrada das guias em cada fluxo.
- 10.14.7.10. Visualização de guias em filas para responsáveis específicos, com priorização configurável pelo CONTRATANTE.
- 10.14.7.11. Gerar relatório de produtividade e dashboard em tempo real para visualizar a situação atual do setor de regulação.
- 10.14.7.12. Demonstrar envio de guias por e-mail e impressão de guias.
- 10.14.7.13. Demonstrar envio de carta de negativa para o beneficiário.
- 10.14.7.14. Demonstrar reapresentação de guias negadas por parte do prestador.
- 10.14.7.15. Demonstrar acesso a todas as informações necessárias para regulação em uma única tela, como detalhes do beneficiário, prestador, procedimentos e guias.
- 10.14.7.16. Demonstrar encaminhamento de notificações personalizáveis para prestadores, beneficiários e usuários do CONTRATANTE, baseado nas etapas do fluxo.
- 10.14.7.17. Demonstrar controle dos prazos da RN 259.
- 10.14.7.18. Demonstrar alternância entre fluxos de trabalho de regulação, automaticamente pelo sistema ou manualmente pelo usuário.
- 10.14.7.19. Gerar censo dos internados (mapa de internados), de forma automatizada.
- 10.14.7.20. Demonstrar a possibilidade priorizar e segmentar as guias de pacientes internados.
- 10.14.7.21. Gerar relatórios de beneficiários internados, com dados globais do atendimento (exemplo: data de internação, procedimentos realizados, intervenções médicas, etc), bem como dos beneficiários que estiveram internados, mas já receberam alta.
- 10.14.7.22. Configurar SLAs para fluxos e etapas, com a possibilidade de acompanhamento na fila ou por meio de notificações parametrizadas.
- 10.14.7.23. Criar relatórios dinâmicos com indicadores da regulação.
- 10.14.7.24. Demonstrar notificações personalizáveis para prestadores e usuários da CONTRATANTE, baseado nas etapas do fluxo.
- 10.14.8. Tabela de Procedimentos
- 10.14.8.1. Demonstrar os procedimentos cadastrados no rol de procedimentos estabelecidos pelo CONTRATANTE, contando com o apoio da TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e as tabelas CBHPM, Odontológica, Tabela Própria, Brasíndice e Simpro.
- 10.14.8.2. Demonstrar os procedimentos que necessitam de autorização prévia por tipo (exames básicos, procedimentos básicos, exames especiais e de alta complexidade e procedimentos especiais).
- 10.14.8.3. Demonstrar preços diferenciados por especialidade para mesmo procedimento de modo a registrar os valores acordados com os credenciados, ou por município e estado.
- 10.14.8.4. Demonstrar parametrização das seguintes regras abaixo. Será testado na Prova de Conceito ao menos um dos casos:
 - 10.14.8.4.1. Sexo;
 - 10.14.8.4.2. Idade;
 - 10.14.8.4.3. Prazo Intervalar;
 - 10.14.8.4.4. Incompatibilidades de procedimentos;
 - 10.14.8.4.5. Procedimentos predecessores;
 - 10.14.8.4.6. Procedimentos dependentes;
 - 10.14.8.4.7. Incidência máxima e mínima na autorização e guia;
 - 10.14.8.4.8. Quantidade de dias de Internação e Prorrogação;
 - 10.14.8.4.9. Parâmetro para exigir perícia pré;
 - 10.14.8.4.10. Parâmetro para exigir perícia pós;
 - 10.14.8.4.11. Parâmetro para exigir justificativa médica;
 - 10.14.8.4.12. Parâmetro para exigir parecer administrativo;
 - 10.14.8.4.13. Parâmetro para tornar o procedimento com previsão de pré-existência e o período para compreender a regra;
 - 10.14.8.4.14. Parâmetros para determinar as formas de custeio do procedimento (Honorários, Pacote, Taxas, Diárias, Valor informado, Auxiliares, etc.);
 - 10.14.8.4.15. Parâmetro para determinar regimes válidos de atendimento do evento (Internação, Ambulatório ou Ambos);
 - 10.14.8.4.16. Parâmetros para determinar eventos de complemento na solicitação do evento principal.
- 10.14.9. Processamento de Contas médico-odontológicas e reembolso
- 10.14.9.1. Demonstrar por meio do portal de serviços web, o upload de arquivos em formato XML, gerando número de protocolo de recebimento.
- 10.14.9.2. Demonstrar a digitação de guias / procedimentos no portal de serviços web pelos Credenciados que não enviam o faturamento em arquivo em formato XML. A demonstração deve prever guias no modelo TISS de Consulta, SADT, Internação e Honorários, gerando número de protocolo de recebimento.
- 10.14.9.3. Demonstrar a consistência eletrônica prévia na entrada da informação, validando estrutura dos arquivos (hash) através do serviço de Upload de XML pelo Portal de Serviços Web, impedindo a sua entrada no banco de dados caso encontre inconformidades.
- 10.14.9.4. Após validar a estrutura do arquivo XML, o sistema deve realizar a elegibilidade e gerar as inconsistências (glosas e negações), observando os seguintes requisitos mínimos. Será analisado na Prova de Conceito, ao menos um dos critérios:
 - a) Status dos Beneficiários;
 - b) Validade da carteira de identificação dos Beneficiários;
 - c) Limites de utilização permitidos;
 - d) Valores contratados;
 - e) Procedimentos contratados com o credenciado.
- 10.14.9.5. Demonstrar a recebimento das guias de prestação de serviço com o documento fiscal (NF/RPA).
- 10.14.9.6. Gerar relatório do processamento de verificação de consistência das guias de prestação de serviço.
- 10.14.9.7. Demonstrar o movimento consistido do não consistido (glosa), inclusive a inclusão de glosas manuais.
- 10.14.9.8. Demonstrar o pagamento ao credenciado pelo valor consistido.
- 10.14.9.9. Demonstrar a substituição do documento fiscal pelo valor indicado.
- 10.14.9.10. Demonstrar o registro de entrada de guias em papel para digitação manual.
- 10.14.9.11. Demonstrar ao longo do processo de análise das guias, o status conforme a evolução do processo,

- 10.14.9.12. Demonstrar procedimentos pré-autorizados, mas que estes sejam glosados automaticamente e encaminhados para análise administrativa não automática.
- 10.14.9.13. Demonstrar importação dos arquivos de materiais e medicamentos para atualização de preço.
- 10.14.9.14. Demonstrar autorização de alçada superior para liberação dos pagamentos aos prestadores de serviços.
- 10.14.9.15. Demonstrar tributos, de acordo com a legislação específica, segregando honorários e materiais, e identificar o valor líquido para pagamento.
- 10.14.9.16. Demonstrar o movimento consistido por prestador e movimento geral, observando a constituição das devidas provisões de valores a pagar.
- 10.14.9.17. Demonstrar a matrícula/nome do técnico que realizar as análises das contas liberadas para pagamento.
- 10.14.9.18. Demonstrar demonstrativos de análise de contas médicas, de pagamentos e demonstrativo de IR para consulta do credenciado.
- 10.14.9.19. Gerar bloqueio do XML em situações de arquivos repetido, Beneficiário, Prestador e Procedimento não encontrado.
- 10.14.9.20. Demonstrar recurso de glosa selecionando a guia principal glosada.
- 10.14.9.21. Demonstrar cálculo de Pessoa Física na conta médica com possibilidade de alteração do percentual calculado pelo sistema.
- 10.14.9.22. Demonstrar geração do pagamento com desconto de coparticipação destacado.
- 10.14.10. Cobrança Beneficiário
- 10.14.10.1. Demonstrar cobrança mensalmente da coparticipação devida pelos Beneficiários e o total do grupo familiar, conforme a regra estabelecida no regulamento da CONTRATANTE.
- 10.14.10.2. Demonstrar integração com o Portal de Serviços Web para visualizar os valores de coparticipação pelos Beneficiários.
- 10.14.10.3. Demonstrar o controle da inadimplência e emissão de alertas eletrônicos.
- 10.14.10.4. Demonstrar a elaboração de extrato de cobrança segregado por Beneficiários e período selecionável, integrando com o portal de serviços web.
- 10.14.10.5. Demonstrar faturamento retroativo e pró-rata dia para inclusões em competências já faturadas.
- 10.14.10.6. Demonstrar faturamento de mensalidade e coparticipação separados na competência.
- 10.14.10.7. Demonstrar procedimentos vinculados a fatura de coparticipação.
- 10.14.11. Aplicativo Móvel para os Beneficiários
- 10.14.11.1. Demonstrar acesso ao aplicativo em dispositivos móveis como tablets e celulares, utilizando as plataformas IOS e Android.
- 10.14.11.2. Demonstrar disponibilidade para instalação nas lojas oficiais das plataformas Android (Google Play) e IOS (App Store).
- 10.14.11.3. Viabilizar acompanhamento das estatísticas de utilização do aplicativo (novos usuários, usuários ativos, pesquisas mais realizadas, favoritos mais selecionados)
- 10.14.11.4. Demonstrar as seguintes funcionalidades do aplicativo mobile:
- 10.14.11.5. Consulta a rede de prestadores por especialidade, tipo de estabelecimento, plano ou localização (UF, cidade e Bairro);
- 10.14.11.6. Área de notícias dentro do aplicativo, com objetivo de aproximar o CONTRATANTE dos beneficiários;
- 10.14.11.7. Envio de notificações diretamente para o celular (alterações da rede, promoções, incentivo à Saúde);
- 10.14.11.8. Visualização do detalhamento das cobranças mensais: beneficiário, tipo de cobrança (copart, mensalidade, etc) e valor;
- 10.14.11.9. Consulta histórico de coparticipação (por vigência);
- 10.14.11.10. Consulta status de protocolo de reembolso (todos, pendentes, concluídos e em análise);
- 10.14.11.11. Solicitação de Reembolso e acompanhamento do status do pedido;
- 10.14.11.12. Carteirinha virtual do beneficiário (aparecer as mesmas informações do cartão físico).
- 10.14.12. Portal de Serviços WEB para os Beneficiários
- 10.14.12.1. Demonstrar tela para consulta da Rede atendimento por:
- a) Nome do prestador;
- b) Prestador com base em sua localização;
- c) Urgência/emergência;
- d) Qualificação;
- e) Nome do procedimento (Especialidade);
- f) Ordenar por nome ou proximidade.
- 10.14.12.2. Demonstrar geração de Extrato de Utilização pelo Beneficiário, por competência atual, últimos 30 dias ou selecionar data inicial e final.
- 10.14.12.3. Gerar extrato de pagamentos e impressão de segunda via de boleto.
- 10.14.12.4. Gerar relatório de utilização.
- 10.14.12.5. Demonstrar solicitação de reembolso e acompanhamento do pedido.
- 10.14.12.6. Apresentar fale conosco (registro e consulta).
- 10.14.12.7. Demonstrar downloads e upload Documentos pelo Beneficiário.
- 10.14.12.8. Demonstrar Histórico de Coparticipação pelo Beneficiário.
- 10.14.12.9. Demonstrar Consulta de Status de Autorização.
- 10.14.12.10. Demonstrar Prévia de Coparticipação.
- 10.14.12.11. Demonstrar Histórico Financeiro pelo Beneficiário.
- 10.14.12.12. Demonstrar saldo devedor do Beneficiário.
- 10.14.12.13. Demonstrar funcionalidade de solicitar 2ª Via de carteira de identificação pelos Beneficiários.
- 10.14.12.14. Demonstrar solicitação de demonstrativo de rendimento de IR, com o download do documento.
- 10.14.12.15. Demonstrar solicitação e consulta de Reclamações e Sugestões (ouvidoria).
- 10.14.13. Portal de Serviços WEB para os Credenciados
- 10.14.13.1. Demonstrar verificação de Elegibilidade do Beneficiário pelo Prestador.
- 10.14.13.2. Demonstrar alteração Cadastral pelo Prestador.
- 10.14.13.3. Demonstrar consultar Autorizações pelo Prestador.
- 10.14.13.4. Demonstrar consultar Status do Protocolo de Cobrança.
- 10.14.13.5. Demonstrar consultar Status do Protocolo de recurso de glosa pelo Prestador.
- 10.14.13.6. Demonstrar emissão do Demonstrativo IRRF pelo Prestador.
- 10.14.13.7. Demonstrar impressão do Demonstrativo de análise de contas médicas pelo Prestador.
- 10.14.13.8. Demonstrar autorização de procedimentos no padrão TISS .
- 10.14.13.9. Gerar extrato de pagamentos.
- 10.14.13.10. Gerar relatório detalhado de utilização pelos beneficiários.
- 10.14.13.11. Demonstrar digitação de contas para faturamento.
- 10.14.13.12. Demonstrar solicitação e consulta de Reclamações e Sugestões (ouvidoria).
- 10.14.13.13. Disponibilizar Fale Conosco (registro e consulta).
- 10.14.13.14. Localizar as autorizações, com opção de emissão de guia, cancelamento, geração de senha, etc.
- 10.14.13.15. Demonstrar impressão do Demonstrativo de Pagamento pelo Prestador.
- 10.14.13.16. Demonstrar consultar Protocolos Pendentes de Nota Fiscal pelo Prestador.
- 10.14.13.17. Demonstrar downloads e Uploads de documentos pelo Prestador.
- 10.14.13.18. Demonstrar solicitação de Reclamações e Sugestões.
- 10.14.14. Conectividade e validação biométrica
- 10.14.14.1. Demonstrar funcionalidade do Autorizador Web trabalhar de forma online, isto é, conectar via webservice os serviços TISS da plataforma oferecida pela CONTRATADA para validar as regras de elegibilidade dos beneficiários e prestadores.
- 10.14.14.2. Demonstrar opção de trabalhar de forma off-line, parametrizando as regras de cobertura e auditoria na própria plataforma do autorizador (quando o sistema da operadora estiver indisponível). Neste caso, a plataforma deverá sincronizar os dados após restabelecer a conexão com o sistema de gestão enviando as autorizações geradas.
- 10.14.14.3. Demonstrar atendimento WEB - captura e validação de solicitações utilizando browser de Internet, integrado às bases de dados do software.
- 10.14.14.4. Demonstrar integração via protocolo Web (Web Services TISS) - disponibilizar documentação técnica que descreve o serviço de troca de mensagens, para permitir a implementação da interface diretamente nos sistemas dos credenciados e prestadores de serviços, nas situações em que o prestador necessita e tem condições técnicas para implementar a solução.
- 10.14.14.5. Demonstrar a captura de dados com os dispositivos necessários para realização de transações entre os prestadores de serviços (rede credenciada) e a CONTRATADA, compreendendo elegibilidade administrativa e regulação de procedimentos médicos.
- 10.14.14.6. Demonstrar solicitação de consulta através da conectividade com validação biométrica.
- 10.14.14.7. Demonstrar solicitação de SP/SADT através da conectividade com validação biométrica, para os seguintes casos:
- a) Solicitação/Execução e acompanhamento (demonstrar solicitação de 10 sessões de fisioterapia e a execução de uma sessão por dia);
- b) Anexos de Radioterapia, Quimioterapia, OPME e Documentos;
- c) Solicitação da Guia de Outras Despesas;
- d) Solicitação de Internação, Anexos de Radioterapia, Quimioterapia, OPME e Documentos, Comunicação de Internação/Alta;
- e) Solicitação Odontológica;

- j) Solicitação de Recurso de Glosas;
g) Solicitações Pendentes.
- 10.14.15. Gestão de Internados
- 10.14.15.1. Demonstrar cadastro das visitas ao paciente internado.
- 10.14.15.2. Demonstrar cadastro das prorrogações do paciente internado.
- 10.14.15.3. Demonstrar cadastro das contas hospitalares classificadas por tipo de despesas e respectivas glosas realizadas pelos auditores nos hospitais.
- 10.14.15.4. Demonstrar controle dos custos assistenciais.
- 10.14.15.5. Demonstrar mapa dos internados em tempo real.
- 10.14.15.6. Demonstrar que o mapa dos internados gera as ordens de serviços para sua equipe de auditoria.
- 10.14.15.7. Demonstrar detalhamento do mapa de internados, exibindo, por exemplo, as informações de prestadores, frequência das ordens de serviço, tipo de internação, regime de internação, condição de atendimento, indicadores de TMI (tempo médio por dia), TMP (tempo médio de permanência) e CPD (custo por dia).
- 10.14.15.8. Demonstrar histórico dos itens anteriores para o paciente internado.
- 10.14.15.9. Demonstrar envio das autorizações de internações após a liberação pela regulação.
- 10.14.15.10. Demonstrar monitoramento das autorizações e identificar o paciente internado para iniciar o processo de gestão do sinistro.
- 10.14.15.11. Aplicativo mobile para os auditores (Mobilidade).
- 10.14.15.12. Para realização da Prova de Conceito, serão exigidas as demonstrações nas plataformas mobile, compatíveis com Android e IOS.
- 10.14.15.13. Demonstrar realização de auditoria concorrente.
- 10.14.15.14. Gerar relatório das auditorias, demonstrando pacientes visitados, prazos e pareceres.
- 10.14.16. Gestão de Indicadores
- 10.14.16.1. Demonstrar painéis gráficos com indicadores de produtividade, sinistralidade, utilização médico assistencial e populacional, aderentes ao processo de gestão da operação de plano de saúde.
- 10.14.16.2. Atualização dos painéis em tempo real.
- 10.14.16.3. Comparação de séries históricas (Ex.: sinistralidade mês a mês).
- 10.14.16.4. Demonstrar os painéis análise da rede credenciada, receita x despesas, despesas administrativas, custo assistencial, sinistralidade por idade e região, reembolsos, análise de utilização, evolução do grupo de atenção, distribuição de beneficiários.
- 10.14.17. Índices de satisfação da Central Atendimento
- 10.14.17.1. Gerar relatório estatístico baseado nos atendimentos realizados, contendo as informações exigidas no item 19.3.1 deste Termo de Referência, quais sejam:
- a) Número de atendimentos realizados;
 - b) Tempo médio das chamadas;
 - c) Tempo de espera;
 - d) Taxa de atendimento;
 - e) Tempo de resposta inicial;
 - f) Tempo médio de resposta;
 - g) Número de solicitações resolvidas no primeiro contato;
 - h) Taxa de abandono;
 - i) Taxa de retenção de clientes;
 - j) Satisfação do beneficiário quanto ao atendimento;
 - k) Avaliação do beneficiário quanto a dificuldade para encontrar a solução que precisam, avaliação do atendente.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Além das rotinas estabelecidas nesta proposta, a CONTRATADA deve observar as seguintes condições para a prestação dos serviços:
- 11.1.1. Toda atividade da CONTRATADA deverá ser realizada em suas dependências, sede e representações, com recursos próprios e especializados, humanos e materiais adequados às atividades a serem executadas, inclusive com meio de transporte próprio para seus deslocamentos;
- 11.1.2. Os serviços deverão ser prestados em conformidade com leis, normas e diretrizes de Governo relacionadas à Segurança da Informação e Comunicações, em especial à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD;
- 11.1.3. A CONTRATADA deverá manter sigilo médico/profissional absoluto de todas as informações obtidas das instruções/decisões da gerência da CONTRATANTE, dos SISTEMAS DE GESTÃO, das instruções disponibilizadas pela CONTRATANTE, dos documentos manipulados por seus empregados ou produzidos no cumprimento das obrigações assumidas nos termos deste edital, bem como colocar à disposição da CONTRATANTE, conforme solicitação, os documentos, relatórios, controles, acesso ao SISTEMA DE GESTÃO e quaisquer outras informações obtidas ou produzidas, indicando especial atenção à sua guarda, quando for o caso;
- 11.1.4. Toda e qualquer irregularidade identificada deverá ser de imediato comunicada formalmente à CONTRATANTE;
- 11.1.5. Cabe a CONTRATADA manter seu corpo técnico devidamente atualizado com relação a toda legislação a ser observada pelo plano de assistência à saúde, para o perfeito cumprimento do objeto contratado;
- 11.1.6. Toda e qualquer base de dados informatizada utilizada pela CONTRATADA na operacionalização dos planos, independentemente de ter sido fornecida pela CONTRATANTE quando da contratação da CONTRATADA, à exceção de dados de propriedade de terceiros, adquiridos pela CONTRATADA através de aquisições e/ou assinaturas junto a Fornecedores, como por exemplo os livros BRASÍNDICE, SIMPRO etc., deverá ser remetida sistematicamente, em periodicidade a ser definida pela CONTRATANTE, devendo, ao final do contrato, ser disponibilizada base de dados atualizada, no leiaute definido entre as partes;
- 11.1.7. A execução dos serviços de implantação do “BPO FULL” será iniciada 10 dias após a assinatura do contrato e tem prazo para conclusão de 180 (cento e oitenta) dias após o início dela (execução).

12. TRANSIÇÃO FINAL DO CONTRATO

- 12.2. A transferência de todo conhecimento adquirido ou desenvolvido bem como toda informação produzida e/ou utilizada para a execução dos serviços contratados deverá ser disponibilizado por meio de um Plano de Transição, endereçando todas as atividades necessárias para a completa transição.
- 12.3. O Plano de Transição deverá ser entregue pela CONTRATADA no prazo de 4 (quatro) meses antes do término da vigência do Contrato, por rescisão ou por decurso de prazo, ou a qualquer tempo, por solicitação da CONTRATANTE feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos.
- 12.4. O plano deverá ser aprovado pela CONTRATANTE, ficando a CONTRATADA responsável por realizar as alterações que se fizerem necessárias.
- 12.5. O plano deverá identificar todos os compromissos, projetos, papéis, responsabilidades, artefatos, tarefas, data de início e prazo da transição, bem como todos os envolvidos com a transição, e ter a aprovação formal da CONTRATANTE.
- 12.6. Será de inteira responsabilidade da CONTRATADA a execução do Plano de Transição, bem como a garantia do repasse bem-sucedido de todas as informações necessárias para a continuidade dos serviços pela CONTRATANTE ou empresa por ela designada.
- 12.7. Durante o tempo requerido para desenvolver e executar o Plano de Transição, a CONTRATADA deve responsabilizar-se pelo esforço que necessite dedicar à tarefa de completar a transição, sem custo adicional para a CONTRATANTE.
- 12.8. Todo conhecimento adquirido ou desenvolvido bem como toda informação produzida e/ou utilizada para a execução dos serviços contratados deverão ser disponibilizados a CONTRATANTE ou empresa por ela designada durante a execução do Plano de Transição.
- 12.9. A CONTRATADA deverá avisar com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias do término contratual a não intenção de renovação do contrato.
- 12.10. A CONTRATADA deverá dispor de meios que proporcionem portabilidade e tornem possível a migração dos serviços prestados para outros provedores de serviços em nuvem ou para outro ambiente definido pela CONTRATANTE;
- 12.11. A propriedade dos dados e informações gerados pela CONTRATANTE no ambiente provido pela CONTRATADA, a qualquer momento, durante a vigência, término ou expiração do contrato, será exclusivamente da CONTRATANTE.

13. INFORMAÇÕES RELEVANTES PARA O DIMENSIONAMENTO DA PROPOSTA

- 13.1. A demanda do órgão tem como base as seguintes características:

ESTADO DE LOTAÇÃO	QUANTIDADE DE VIDAS	
DF	8.663	10%
SP	5.045	9%
RJ	4.500	7%
PR	3.524	6%
MG	3.208	5%
RS	2.822	4%
CE	2.076	4%

SC	2.067	4%
BA	1.944	4%
PE	1.863	3%
PB	1.618	3%
MS	1.574	3%
ES	1.571	3%
GO	1.564	3%
PA	1.323	2%
RN	1.283	2%
PI	999	2%
MA	990	2%
MT	878	2%
SE	794	1%
AL	747	1%
RO	613	1%
AM	594	1%
TO	500	1%
RR	469	1%
AC	374	1%
AP	288	1%

13.1.1. Contratação de serviço de gestão e gerenciamento de Plano de Saúde da Polícia Federal, na modalidade BPO FULL, com implantação de sistema informatizado de gestão, levando-se em consideração uma demanda de 25.000 vidas, com abrangência nacional.

13.1.2. Quadro de distribuição de vidas (Servidores ativos, inativos, pensionistas e dependentes) por Estado e Distrito Federal.

14. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

14.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.

14.2. Exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por servidor ou comissão especialmente designados, anotando em registro próprio as falhas detectadas, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos empregados eventualmente envolvidos, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

14.3. Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas ou irregularidades constatadas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção, certificando-se que as soluções por ela propostas sejam as mais adequadas.

14.4. Pagar a CONTRATADA o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas neste Termo de Referência.

14.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da CONTRATADA, no que couber, em conformidade com o item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP nº 5/2017.

14.6. Não praticar atos de ingerência na administração da CONTRATADA, tais como:

14.6.1. Exercer o poder de mando sobre os empregados da CONTRATADA, devendo reportar-se somente aos prepostos ou responsáveis por ela indicados, exceto quando o objeto da contratação prever o atendimento direto, tais como nos serviços de recepção e apoio ao usuário;

14.6.2. Direcionar a contratação de pessoas para trabalhar nas empresas CONTRATADAS;

14.6.3. Promover ou aceitar o desvio de funções dos trabalhadores da CONTRATADA, mediante a utilização destes em atividades distintas daquelas previstas no objeto da contratação e em relação à função específica para a qual o trabalhador foi contratado; e

14.6.4. Considerar os trabalhadores da CONTRATADA como colaboradores eventuais do próprio órgão ou entidade responsável pela contratação, especialmente para efeito de concessão de diárias e passagens.

14.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato.

14.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços, após seu recebimento.

14.9. Cientificar o órgão de representação judicial da Advocacia-Geral da União para adoção das medidas cabíveis quando do descumprimento das obrigações pela CONTRATADA.

14.10. Relatórios de inspeções técnicas após o recebimento do serviço e notificações expedidas.

14.11. Fiscalizar o cumprimento dos requisitos legais, quando a CONTRATADA houver se beneficiado da preferência estabelecida pelo art. 3º, § 5º, da Lei nº 8.666, de 1993.

14.12. Assegurar que o ambiente de trabalho, inclusive seus equipamentos e instalações, apresentem condições adequadas ao cumprimento, pela CONTRATADA, das normas de segurança e saúde no trabalho, quando o serviço for executado em suas dependências ou em local por ela designado.

15. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

15.1. Executar os serviços conforme especificações deste Termo de Referência e de sua proposta, com a alocação dos empregados necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais, além de fornecer e utilizar os materiais e equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, na qualidade e quantidade mínimas especificadas neste Termo de Referência e em sua proposta.

15.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados.

15.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, bem como por todo e qualquer dano causado à União ou à entidade federal, devendo ressarcir imediatamente a Administração em sua integralidade, ficando a CONTRATANTE autorizada a descontar da garantia, caso exigida no edital, ou dos pagamentos devidos à CONTRATADA, o valor correspondente aos danos sofridos.

15.4. Utilizar empregados habilitados e com conhecimentos básicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor.

15.5. Vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão CONTRATANTE, nos termos do artigo 7º do Decreto nº 7.203, de 2010.

15.6. Quando não for possível a verificação da regularidade no Sistema de Cadastro de Fornecedores – SICAF, a empresa CONTRATADA deverá entregar ao setor responsável pela fiscalização do contrato, até o dia trinta do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes documentos:

15.6.1. Prova de regularidade relativa à Seguridade Social;

15.6.2. Certidão conjunta relativa aos tributos federais e à Dívida Ativa da União;

15.6.3. Certidões que comprovem a regularidade perante a Fazenda Municipal/Estadual ou Distrital do domicílio ou sede do contratado;

15.6.4. Certidão de Regularidade do FGTS – CRF; e

15.6.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT, conforme alínea "c" do item 10.2 do Anexo VIII-B da IN SEGES/MP nº 5/2017.

15.7. Responsabilizar-se pelo cumprimento das obrigações previstas em Acordo, Convenção, Dissídio Coletivo de Trabalho ou equivalentes das categorias abrangidas pelo contrato, por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere a responsabilidade à CONTRATANTE.

15.8. Comunicar ao Fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer ocorrência anormal ou acidente que se verifique no local dos serviços.

15.9. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pela CONTRATANTE ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso, a qualquer tempo, ao local dos trabalhos, bem como aos documentos relativos à execução do empreendimento.

15.10. Paralisar, por determinação da CONTRATANTE, qualquer atividade que não esteja sendo executada de acordo com a boa técnica ou que ponha em risco a segurança de pessoas ou bens de terceiros.

15.11. Promover a guarda, manutenção e vigilância de materiais, ferramentas, e tudo o que for necessário à execução dos serviços, durante a vigência do contrato.

15.12. Promover a organização técnica e administrativa dos serviços, de modo a conduzi-los eficaz e eficientemente, de acordo com os documentos e especificações que integram este Termo de Referência, no prazo determinado.

15.13. Conduzir os trabalhos com estrita observância às normas da legislação pertinente, cumprindo as determinações dos Poderes Públicos, mantendo sempre limpo o local dos serviços e nas melhores condições de segurança, higiene e disciplina.

15.14. Submeter previamente, por escrito, à CONTRATANTE, para análise e aprovação, quaisquer mudanças nos métodos executivos que fujam às especificações do memorial descritivo.

15.15. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

15.16. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

15.17. Cumprir, durante todo o período de execução do contrato, a reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social, bem como as regras de acessibilidade previstas na legislação, quando a CONTRATADA houver se beneficiado da preferência estabelecida pela Lei nº 13.146, de 2015.

15.18. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato.

15.19. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros e incertos, tais como os valores providos com o quantitativo de vale transporte, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento do objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados nos incisos do § 1º do art. 57 da Lei nº 8.666, de 1993.

15.20. Cumprir, além dos postulados legais vigentes de âmbito federal, estadual ou municipal, as normas de segurança da CONTRATANTE.

15.21. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os materiais, equipamentos e utensílios em quantidade, qualidade e tecnologia adequadas, com

a observância às recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação.

15.22. Todo conhecimento adquirido ou desenvolvido bem como toda informação produzida e/ou utilizada para a execução dos serviços contratados deverão ser disponibilizados a CONTRATANTE ou empresa por ela designada durante a execução do Plano de Transição.

15.23. Salienta-se que todos os dados contidos no sistema informatizado de gestão pertencem à CONTRATANTE, e devem ser entregues em forma de backup acessível ao final do contrato.

16. DA SUBCONTRATAÇÃO

16.1. Serão passíveis de subcontratação os serviços de Data Center e Telemedicina, estando os demais vedados.

16.2. A contratação de profissionais técnicos por meio de Pessoa Jurídica, como médicos, enfermeiros e odontólogos, não será considerada subcontratação.

17. ALTERAÇÃO SUBJETIVA

17.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da CONTRATADA com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original; sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato; não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

18. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO

18.1. A fiscalização do contrato, ao verificar que houve subdimensionamento da produtividade pactuada, sem perda da qualidade na execução do serviço, deverá comunicar à autoridade responsável para que esta promova a adequação contratual à produtividade efetivamente realizada, respeitando-se os limites de alteração dos valores contratuais previstos no § 1º do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

18.2. A conformidade do material/técnica/equipamento a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento da CONTRATADA que contenha a relação detalhada dos mesmos, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.

18.3. O representante da CONTRATANTE deverá promover o registro das ocorrências verificadas, adotando as providências necessárias ao fiel cumprimento das cláusulas contratuais, conforme o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993.

18.4. O descumprimento total ou parcial das obrigações e responsabilidades assumidas pela CONTRATADA ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste Termo de Referência e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 87 da Lei nº 8.666, de 1993.

18.5. As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual devem ser realizadas de forma preventiva, rotineira e sistemática, podendo ser exercidas por servidores, equipe de fiscalização ou único servidor, desde que, no exercício dessas atribuições, fique assegurada a distinção dessas atividades e, em razão do volume de trabalho, não comprometa o desempenho de todas as ações relacionadas à Gestão do Contrato.

18.6. A fiscalização técnica dos contratos avaliará constantemente a execução do objeto.

18.7. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica corresponsabilidade da CONTRATANTE ou de seus agentes, gestores e fiscais, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

18.8. As disposições previstas nesta cláusula não excluem o disposto no Anexo VIII da Instrução Normativa SEGES/MP nº 05, de 2017, aplicável no que for pertinente à contratação.

18.9. O fiscal técnico poderá realizar avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para avaliar ou, se for o caso, aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços.

18.10. Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis mínimos toleráveis previstos nos indicadores, além dos fatores redutores, devem ser aplicadas as sanções à CONTRATADA de acordo com as regras previstas neste Termo de Referência.

18.11. A CONTRATADA poderá apresentar justificativa para a prestação do serviço com menor nível de conformidade, que poderá ser aceita pelo fiscal técnico, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador.

18.12. Em hipótese alguma, será admitido que a própria CONTRATADA materialize a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

18.13. O fiscal técnico deverá apresentar ao preposto da CONTRATADA a avaliação da execução do objeto ou, se for o caso, a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.

18.14. Durante a execução do objeto, o fiscal técnico deverá monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para requerer à CONTRATADA a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas.

19. DOS CRITÉRIOS DE AFERIÇÃO E MEDIÇÃO PARA FATURAMENTO

19.1. A avaliação da execução do objeto utilizará o disposto neste item, devendo haver o redimensionamento no pagamento com base nos indicadores estabelecidos, sempre que a CONTRATADA:

- a) Não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades CONTRATADAS; ou
- b) Deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

19.2. A aferição da execução contratual para fins de pagamento considerará os seguintes critérios:

19.2.1. Implantação

19.2.1.1. Coordenação:

19.2.1.1.1. Compreende os trabalhos de gerenciamento e de levantamento de informações complementares, levantamento de requisitos funcionais e de infraestrutura para o efetivo início de implantação do programa.

19.2.1.1.2. A CONTRATADA deverá encaminhar relatório com a atualização do andamento das ações mensalmente;

19.2.1.1.3. A coordenação se encerra com o aceite do módulo pelo Gestor do PF SAÚDE.

19.2.1.2. Implantação do Sistema:

19.2.1.2.1. Disponibilização da Plataforma Tecnológica

a) Disponibilização do Sistema de Gestão;

b) Ajustes do sistema de gestão para eventual adequação das funcionalidades às necessidades do PF SAÚDE;

c) Disponibilização do Portal de Serviços WEB para os Beneficiários;

d) Disponibilização do Portal de Serviços WEB para os Credenciados;

e) Disponibilização de Aplicativo para os auditores;

f) Acesso ao aplicativo móvel aos beneficiários: Disponibilização do sistema e verificação das funcionalidades conforme descrição do item 8.1.7.

19.2.1.3. Cadastro de Produtos: cadastrar os planos e suas características (coberturas, carências, limites, coparticipações etc.)

19.2.1.4. Cadastro de Tabelas de Procedimentos, Pacotes etc.

19.2.1.5. Credenciamento/Contratualização para formação da rede de prestadores de serviços;

a) Negociação de Preços;

b) Contratualização;

c) Credenciamento através de acordo de cooperação com outras Entidades da Administração Pública;

d) Estabelecimento de Convênios de reciprocidade;

e) Treinamento dos prestadores no sistema de gestão.

19.2.1.6. Cadastro de beneficiário

a) Cadastro diretamente no sistema;

b) Importação, validação, conferência e efetivação de lotes oriundos da rotina de pré-cadastro;

c) Auto adesão via portal de atendimento;

d) Auto adesão via aplicativo mobile;

19.2.1.7. Treinamento do PF SAÚDE nas plataformas tecnológicas

19.2.1.8. Central telefônica de atendimento ao beneficiário e ao prestador

19.2.1.9. Fornecimento de central de regulação/autorizações médicas, odontológicas e perícias

19.2.1.10. Assessoria técnica e de negócios

19.2.1.11. Início da operação FULL

a) Suporte informativo para alavancar medidas de prevenção e promoção à saúde (APS);

b) Módulo de Gestão de Indicadores (BI).

19.2.1.12. Cronograma

Nº	AÇÕES	Mês 01	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
1	Definição estratégica do Programa						
1.1	Determinar conceito e modelo de funcionamento para o plano de saúde.						
1.2	Dimensionar Rede Credenciada.						
1.3	Construir de um padrão para comunicação com os usuários e a rede credenciada.						
1.4	Elaborar mensagem aos stakeholders e a sociedade (governo, sindicatos, sociedades, CRM).						
1.5	Identificar de fraquezas e ameaças, riscos.						
1.6	Elaborar plano de ação e metas (com cronograma detalhado).						
1.7	Definir atividades conjuntas entre Contratada e Contratante						
2	Definições Gerenciais do Programa						
2.1	Elaborar regras e processos no relacionamento com a rede credenciada e usuários						
2.2	Elaborar fluxos para solicitação/autorização para consultas, exames, odontologia, urgência/emergência e internações						
2.3	Elaborar regras e processos para apresentação de contas médico-hospitalares e recursos de glosas						
2.4	Elaborar tabela própria para contratação da rede credenciada						
2.5	Definir indicadores de acompanhamento e gestão						
2.6	Elaborar modelos de contratos com a Rede Credenciada						
2.7	Realizar prospecção para contratação de Rede						
3	Definições Operacionais do Plano						
3.1	Realizar o Credenciamento da Rede						
3.2	Definir infraestrutura computacional necessária ao sistema de gestão.						
3.3	Definir domínio do sistema (endereço Web) para informação à rede prestadora.						
3.4	Definir processos e responsáveis por área.						
3.5	Disponibilizar infraestrutura para hospedagem do sistema.						
3.6	Disponibilizar o sistema para obtenção de senha de acesso e vídeos de treinamento para a rede.						
3.7	Avaliar solicitações de senha de acesso.						
3.8	Disponibilizar sistema para início da operação.						
3.9	Definir processo de cancelamento/suspensão automática de beneficiários do plano.						
3.10	Realizar Simulação da Operação em todas as áreas e processos definidos						
3.11	Iniciar da operação do sistema.						
4	Ações Operacionais com a Rede Credenciada						
4.1	Treinar equipe da central de regulação.						
4.2	Disponibilizar sistema para início da operação piloto.						
4.3	Implantar central de regulação 24h.						
4.4	Definir os dados necessários para operacionalizar o sistema: lista da rede credenciada, tabela OPME, beneficiários ativos, tabela de valores do produto, tabela de diárias, tabela de taxas, tabela de procedimentos CBHPM.						
4.5	Gerar senha de acesso ao sistema para os prestadores.						
4.6	Avaliar infraestrutura computacional da rede credenciada						
4.7	Planejar logística de treinamento dos funcionários/prestadores						
4.8	Enviar ofícios à rede prestadora para obtenção de contato da gerente de atendimento e planejamento de treinamentos.						
4.9	Disponibilizar artefatos de suporte ao uso do sistema (manuais, vídeos, folders).						
5	Realização de Treinamentos						
5.1	Realizar treinamentos da rede credenciada nas solicitações de Interações Eletivas e de Urgência.						
5.2	Realizar treinamento da equipe de apoio ao atendimento hospitalar.						
5.3	Realizar treinamentos da rede credenciada nas solicitações de Interações Eletivas e de Urgência.						
5.4	Realizar treinamento no módulo de auditoria.						
5.5	Realizar treinamento no módulo de cobrança.						
5.6	Realizar treinamento no módulo de faturamento.						
5.7	Realizar treinamento da rede credenciada no fechamento e entrega das contas médicas.						
6	Suporte Técnico						
6.1.	Prestar assessoria para definição do modelo de contratação;						
6.2	Auxiliar na seleção e contratação da operadora;						
6.3	Dar suporte para início das operações						
7	Operação						

19.2.1.12.1. No Período de implantação do sistema, que corresponde a 180 (cento e oitenta) dias iniciais da vigência contratual e cumprido o cronograma, a CONTRATADA será remunerada da seguinte forma:

a) 60% no primeiro, segundo e terceiro mês;

b) 60% no quarto e quinto mês;

c) 60% no sexto mês.

19.3. Execução do objeto

19.3.1. SLA’S de regulação

Processo	SLA	Descrição
Análise de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 3 dias úteis pela RN nº 259 da ANS	1 dia útil	Analisar em até um (01) dia útil 90% dos pedidos de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 3 dias úteis pela RN nº 259 da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 3 dias úteis não poderá ser ultrapassado.
Análise de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 7 dias úteis pela RN nº 259 da ANS	4 dias úteis	Analisar em até quatro (04) dias úteis 90% dos pedidos de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 7 dias úteis pela RN nº 259 da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 7 dias úteis não poderá ser ultrapassado.
Análise de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 10 dias úteis pela RN nº 259 da ANS	7 dias úteis	Analisar em até sete (07) dias úteis 90% dos pedidos de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 10 dias úteis pela RN nº 259 da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 10 dias úteis não poderá ser ultrapassado.

Análise de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 14 dias úteis pela RN nº 259 da ANS	7 dias úteis	Analisar em até sete (07) dias úteis 90% dos pedidos de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 14 dias úteis pela RN nº 259 da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 14 dias úteis não poderá ser ultrapassado.
Análise de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 21 dias úteis pela RN nº 259 da ANS	10 dias úteis	Analisar em até dez (10) dias úteis 90% dos pedidos de procedimentos com prazo máximo de atendimento de 21 dias úteis pela RN nº 259 da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 21 dias úteis não poderá ser ultrapassado.
Análise de pedido de prorrogações de internação	2 dias úteis	Analisar em até dois (02) dias úteis 90% dos pedidos de prorrogação.
Análise de pedidos de quimioterapia e de fornecimento de medicamentos ambulatoriais cobertos pelo Rol da ANS	5 dias úteis	Analisar em até cinco (05) dias úteis 90% dos pedidos de quimioterapia e de fornecimento de medicamentos ambulatoriais cobertos pelo Rol da ANS. Para os outros 10% o prazo máximo de 10 dias úteis não poderá ser ultrapassado.
Análise de pedidos de procedimentos odontológicos	2 dias úteis	Analisar em até dois (02) dias úteis 90% dos pedidos de procedimentos odontológicos. Para os outros 10% não poderá ser ultrapassado o prazo máximo de atendimento previsto pela RN nº259
Pedidos de urgência e emergência	Imediato	Os procedimentos que podem ser feitos na urgência e emergência que não estiverem parametrizados para autorização automática pelo sistema, com análise posterior pela equipe de auditoria, serão avaliados em até 3 horas. Isso se aplica às guias que entram para análise da auditoria sem autorização concedida automaticamente pelo sistema.

- 19.3.2. Atendimento ao beneficiário:
- a) Tempo médio estimado das chamadas em 10 minutos;
 - b) Tempo de espera máximo proposto 60 segundos;
 - c) Taxa de atendimento: 90%;
 - d) Tempo de Resposta Inicial 1 minuto;
 - e) Tempo Médio de Resposta 10 minutos;
 - f) First Call Resolution – FCR (n.º total de atendimentos ÷ n.º de solicitações resolvidas no primeiro contato = FCR) - (qualidade de atendimento): 95%;
 - g) Taxa de abandono (n.º de contatos - n.º de desistências = Taxa de Abandono) (quantos clientes desistiram de receber atendimento): 5%
 - h) Taxa de retenção de clientes (95%);
 - i) Customer Satisfaction Score (CSAT) – satisfação do beneficiário quanto ao atendimento (notas 1 a 5 ou percentuais de 0% a 100%) - (n.º respostas × 1 + n.º × 2 + n.º × 3 + n.º × 4 + n.º × 5) ÷ n.º total de respostas = CSAT;
 - j) Customer Effort Score (CES) - serve para medir a dificuldade que os clientes têm para encontrar a solução que precisam. (nº respostas × 1 + nº × 2 + nº × 3 + nº × 4 + nº × 5) ÷ nº total de respostas = CES;
 - k) Engajamento do funcionário - pontos de otimização no processo de atendimento.

20. DO RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO DO OBJETO

- 20.1. A emissão da Nota Fiscal/Fatura deve ser precedida do recebimento definitivo do objeto contratual, nos termos abaixo:
- 20.1.1. No prazo de até 5 dias corridos do adimplemento da parcela, a CONTRATADA deverá entregar toda a documentação comprobatória do cumprimento da obrigação contratual.
- 20.1.2. O recebimento provisório será realizado pelo fiscal técnico e setorial ou pela equipe de fiscalização após a entrega da documentação acima, da seguinte forma:
- 20.1.2.1. A CONTRATANTE realizará inspeção minuciosa de todos os serviços executados, por meio de profissionais técnicos competentes, acompanhados dos profissionais encarregados pelo serviço, com a finalidade de verificar a adequação dos serviços e constatar e relacionar os arremates, retoques e revisões finais que se fizerem necessários.
- 20.1.2.2. Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal técnico do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à CONTRATADA, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.
- 20.1.2.3. A CONTRATADA fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não atestar a última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.
- 20.1.2.4. O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.
- 20.1.2.5. No prazo de até 10 dias corridos a partir do recebimento dos documentos da CONTRATADA, cada fiscal ou a equipe de fiscalização deverá elaborar Relatório Circunstanciado em consonância com suas atribuições, e encaminhá-lo ao gestor do contrato.
- 20.1.2.6. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o relatório circunstanciado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.
- 20.1.2.7. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do relatório circunstanciado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último.
- a) Na hipótese de a verificação a que se refere o parágrafo anterior não ser procedida tempestivamente, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento provisório no dia do esgotamento do prazo.
- 20.1.2.8. No prazo de até 10 (dez) dias corridos a partir do recebimento provisório dos serviços, o Gestor do Contrato deverá providenciar o recebimento definitivo, ato que concretiza o ateste da execução dos serviços, obedecendo as seguintes diretrizes:
- a) Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;
 - b) Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e
 - c) Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização, com base no subitem 19.2.
- 20.1.2.9. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da CONTRATADA pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato, ou, em qualquer época, das garantias concedidas e das responsabilidades assumidas em contrato e por força das disposições legais em vigor (Lei nº 10.406, de 2002).
- 20.1.3. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser corrigidos/refeitos/substituídos no prazo fixado pelo fiscal do contrato, às custas da CONTRATADA, sem prejuízo da aplicação de penalidades.

21. DO PAGAMENTO

- 21.1. A emissão da Nota Fiscal/Fatura será precedida do recebimento definitivo do serviço, conforme este Termo de Referência.
- 21.2. Quando houver glosa parcial dos serviços, a CONTRATANTE deverá comunicar a empresa para que emita a nota fiscal ou fatura com o valor exato dimensionado.
- 21.3. O pagamento será efetuado pela CONTRATANTE no prazo de 5 (cinco) dias, contados do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.
- 21.4. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 24 da Lei 8.666, de 1993, deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, nos termos do art. 5º, § 3º, da Lei nº 8.666, de 1993.
- 21.5. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 21.6. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do fornecedor contratado, deverão ser tomadas as providências previstas no do art. 31 da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018.
- 21.7. O setor competente para proceder o pagamento deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:
- a) O prazo de validade;
 - b) A data da emissão;
 - c) Os dados do contrato e do órgão CONTRATANTE;
 - d) O período de prestação dos serviços;
 - e) O valor a pagar; e
 - f) Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.
- 21.8. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que a CONTRATADA providencie as medidas sanadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a CONTRATANTE.
- 21.9. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
- 21.10. Antes de cada pagamento à CONTRATADA, será realizada consulta ao SICAF para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.
- 21.11. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade da CONTRATADA, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis,

- regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo será prorrogado uma vez, por igual período, a critério da CONTRATANTE.
- 21.12. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a CONTRATANTE deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da CONTRATADA, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
- 21.13. Persistindo a irregularidade, a CONTRATANTE deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à CONTRATADA a ampla defesa.
- 21.14. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a CONTRATADA não regularize sua situação junto ao SICAF.
- 21.15. Será rescindido o contrato em execução com a CONTRATADA inadimplente no SICAF, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da CONTRATANTE.
- 21.16. Previamente à emissão de nota de empenho e a cada pagamento, a Administração deverá realizar consulta ao SICAF para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29, da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018.
- 21.17. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, em especial a prevista no artigo 31 da Lei 8.212, de 1993, nos termos do item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP n. 5/2017, quando couber.
- 21.18. É vedado o pagamento, a qualquer título, por serviços prestados, à empresa privada que tenha em seu quadro societário servidor público da ativa do órgão CONTRATANTE, com fundamento na Lei de Diretrizes Orçamentárias vigente.
- 21.19. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:
- 21.19.1. $EM = I \times N \times VP$, sendo:
- EM = Encargos moratórios;
- N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;
- VP = Valor da parcela a ser paga.
- I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

I = (TX)	I =	(6 / 100)	I = 0,00016438
		365	TX = Percentual da taxa anual = 6%

22. DO REAJUSTE

- 22.1. Os preços inicialmente contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.
- 22.2. Após o interregno de um ano, e independentemente de pedido da CONTRATADA, os preços iniciais serão reajustados, mediante a aplicação, pela CONTRATANTE, do índice IPC-A, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade, com base na seguinte fórmula (art. 5º do Decreto n.º 1.054, de 1994):
- 22.2.1. $R = V (I - I^0) / I^0$, onde:
- R = Valor do reajuste procurado;
- V = Valor contratual a ser reajustado;
- I = índice inicial - refere-se ao índice de custos ou de preços correspondente à data fixada para entrega da proposta na licitação;
- I = Índice relativo ao mês do reajustamento;
- 22.3. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.
- 22.4. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo.
- 22.5. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.
- 22.6. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.
- 22.7. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo
- 22.8. O reajuste será realizado por apostilamento.

23. DA GARANTIA DA EXECUÇÃO

- 23.1. A CONTRATADA apresentará, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, prorrogáveis por igual período, a critério do CONTRATANTE, contado da assinatura do contrato, comprovante de prestação de garantia, podendo optar por caução em dinheiro ou títulos da dívida pública, seguro-garantia ou fiança bancária, em valor correspondente a 5 % (cinco por cento) do valor total do contrato, com validade durante a execução do contrato e 90 (noventa) dias após término da vigência contratual, devendo ser renovada a cada prorrogação.
- 23.1.1. A inobservância do prazo fixado para apresentação da garantia acarretará a aplicação de multa de 0,07% (sete centésimos por cento) do valor total do contrato por dia de atraso, até o máximo de 2% (dois por cento).
- 23.1.2. O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autoriza a Administração a promover a rescisão do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõem os incisos I e II do art. 78 da Lei n. 8.666 de 1993.
- 23.2. A garantia assegurará, qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:
- 23.2.1. Prejuízos advindos do não cumprimento do objeto do contrato e do não adimplemento das demais obrigações nele previstas;
- 23.2.2. Prejuízos diretos causados à Administração decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;
- 23.2.3. Multas moratórias e punitivas aplicadas pela Administração à CONTRATADA; e
- 23.2.4. Obrigações trabalhistas e previdenciárias de qualquer natureza e para com o FGTS, não adimplidas pela CONTRATADA, quando couber.
- 23.3. A modalidade seguro-garantia somente será aceita se contemplar todos os eventos indicados no item anterior, observada a legislação que rege a matéria.
- 23.4. A garantia em dinheiro deverá ser efetuada em favor da CONTRATANTE, em conta específica na Caixa Econômica Federal, com correção monetária.
- 23.5. Caso a opção seja por utilizar títulos da dívida pública, estes devem ter sido emitidos sob a forma escritural, mediante registro em sistema centralizado de liquidação e de custódia autorizado pelo Banco Central do Brasil, e avaliados pelos seus valores econômicos, conforme definido pelo Ministério da Economia.
- 23.6. No caso de garantia na modalidade de fiança bancária, deverá constar expressa renúncia do fiador aos benefícios do artigo 827 do Código Civil.
- 23.7. No caso de alteração do valor do contrato, ou prorrogação de sua vigência, a garantia deverá ser ajustada à nova situação ou renovada, seguindo os mesmos parâmetros utilizados quando da contratação.
- 23.8. Se o valor da garantia for utilizado total ou parcialmente em pagamento de qualquer obrigação, a CONTRATADA obriga-se a fazer a respectiva reposição no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data em que for notificada.
- 23.9. A CONTRATANTE executará a garantia na forma prevista na legislação que rege a matéria.
- 23.10. Será considerada extinta a garantia:
- 23.10.1. Com a devolução da apólice, carta fiança ou autorização para o levantamento de importâncias depositadas em dinheiro a título de garantia, acompanhada de declaração da CONTRATANTE, mediante termo circunstanciado, de que a CONTRATADA cumpriu todas as cláusulas do contrato;
- 23.10.2. No prazo de 90 (noventa) dias após o término da vigência do contrato, caso a Administração não comunique a ocorrência de sinistros, quando o prazo será ampliado, nos termos da comunicação, conforme estabelecido na alínea "h2" do item 3.1 do Anexo VII-F da IN SEGES/MP n. 05/2017.
- 23.11. O garantidor não é parte para figurar em processo administrativo instaurado pela CONTRATANTE com o objetivo de apurar prejuízos e/ou aplicar sanções à CONTRATADA.
- 23.12. A CONTRATADA autoriza a CONTRATANTE a reter, a qualquer tempo, a garantia, na forma prevista no neste Edital e no Contrato.

24. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 24.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a CONTRATADA que:
- 24.1.1. Falhar na execução do contrato, pela inexecução, total ou parcial, de quaisquer das obrigações assumidas na contratação;
- 24.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;
- 24.1.3. Fraudar na execução do contrato;
- 24.1.4. Comportar-se de modo inidôneo; ou
- 24.1.5. Cometer fraude fiscal.
- 24.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:
- 24.2.1. Advertência por escrito, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para o serviço contratado;
- 24.2.2. Multa de:

a) 0,1% (um décimo por cento) até 0,2% (dois décimos por cento) por dia sobre o valor adjudicado em caso de atraso na execução dos serviços, limitada a incidência a 15 (quinze) dias. Após o décimo quinto dia e a critério da Administração, no caso de execução com atraso, poderá ocorrer a não-aceitação do objeto, de forma a configurar, nessa hipótese, inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da rescisão unilateral da avença;

b) 0,1% (um décimo por cento) até 10% (dez por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de atraso na execução do objeto, por período superior ao previsto no subitem acima, ou de inexecução parcial da obrigação assumida;

c) 0,1% (um décimo por cento) até 15% (quinze por cento) sobre o valor adjudicado, em caso de inexecução total da obrigação assumida;

d) 0,2% a 3,2% por dia sobre o valor mensal do contrato, conforme detalhamento constante das tabelas 1 e 2, abaixo; e

e) 0,07% (sete centésimos por cento) do valor do contrato por dia de atraso na apresentação da garantia (seja para reforço ou por ocasião de prorrogação), observado o máximo de 2% (dois por cento). O atraso superior a 25 (vinte e cinco) dias autorizará a Administração CONTRATANTE a promover a rescisão do contrato.

- 24.2.2.1. As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.
- 24.2.3. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos.
- 24.2.4. Sanção de impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da União, com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos.
- 24.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a CONTRATANTE pelos prejuízos causados.
- 24.3. A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista no subitem "23.2.4" também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa neste Termo de Referência.
- 24.4. As sanções previstas nos subitens "23.2.1", "23.2.3", "23.2.4" e "23.2.5" poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.
- 24.5. Para efeito de aplicação de multas, às infrações são atribuídos graus, de acordo com as tabelas 1 e 2:

Tabela 1

GRAU	CORRESPONDÊNCIA
1	0,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato
2	0,4% ao dia sobre o valor mensal do contrato
3	0,8% ao dia sobre o valor mensal do contrato
4	1,6% ao dia sobre o valor mensal do contrato
5	3,2% ao dia sobre o valor mensal do contrato

Tabela 2 INFRAÇÃO		
ITEM	DESCRIÇÃO	GRAU
1	Permitir situação que crie a possibilidade de causar dano físico, lesão corporal ou consequências letais, por ocorrência;	05
2	Suspender ou interromper, salvo motivo de força maior ou caso fortuito, os serviços contratuais por dia e por unidade de atendimento;	04
3	Manter funcionário sem qualificação para executar os serviços contratados, por empregado e por dia;	03
4	Recusar-se a executar serviço determinado pela fiscalização, por serviço e por dia;	02
5	Retirar funcionários ou encarregados do serviço durante o expediente, sem a anuência prévia do CONTRATANTE, por empregado e por dia;	03
Para os itens a seguir, deixar de:		
6	Registrar e controlar, diariamente, a assiduidade e a pontualidade de seu pessoal, por funcionário e por dia;	01
7	Cumprir determinação formal ou instrução complementar do órgão fiscalizador, por ocorrência;	02
8	Substituir empregado que se conduza de modo inconveniente ou não atenda às necessidades do serviço, por funcionário e por dia;	01
9	Cumprir quaisquer dos itens do Edital e seus Anexos não previstos nesta tabela de multas, após reincidência formalmente notificada pelo órgão fiscalizador, por item e por ocorrência;	03
10	Indicar e manter durante a execução do contrato os prepostos previstos no edital/contrato;	01
11	Providenciar treinamento para seus funcionários conforme previsto na relação de obrigações da CONTRATADA	01

- 24.6. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:
- 24.6.1. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- 24.6.2. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
- 24.6.3. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 24.7. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à CONTRATADA, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
- 24.8. As multas devidas e/ou prejuízos causados à CONTRATANTE serão deduzidos dos valores a serem pagos, ou recolhidos em favor da União, ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.
- 24.8.1. Caso a CONTRATANTE determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.
- 24.9. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do licitante, a União ou Entidade poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.
- 24.10. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
- 24.11. Se, durante o processo de aplicação de penalidade, houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessárias à apuração da responsabilidade da empresa deverão ser remetidas à autoridade competente, com despacho fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização - PAR.
- 24.12. A apuração e o julgamento das demais infrações administrativas não consideradas como ato lesivo à Administração Pública nacional ou estrangeira nos termos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, seguirão seu rito normal na unidade administrativa.
- 24.13. O processamento do PAR não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à Administração Pública Federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.
- 24.14. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

25. DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

- 25.1. As exigências de habilitação jurídica e de regularidade fiscal e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado no edital.
- 25.2. Os critérios de qualificação econômico-financeira a serem atendidos pelo fornecedor estão previstos no edital.
- 25.3. Os critérios de qualificação técnica a serem atendidos pelo fornecedor serão:
- 25.3.1. Registro ou inscrição da empresa licitante no Conselho Regional de Medicina da sede da empresa.
- 25.3.2. Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços em características, quantidades e prazos compatíveis com o objeto desta licitação, ou com o item pertinente, mediante a apresentação de atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público ou privado.
- 25.3.2.1. Para fins da comprovação de que trata este subitem, os atestados deverão dizer respeito a serviços executados com as seguintes características mínimas:
- a) Deverá haver a comprovação da experiência mínima de 2 (dois) anos na prestação dos serviços. Não se aplica o item 10.7.1 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG n. 5/2017 (aceitabilidade de somatório de atestados em períodos diferentes para comprovação do prazo), por não se tratar de alocação de mão de obra, sendo que a natureza do serviço a ser contratado é de longo prazo, devido à sua complexidade.
- b) Prova de atendimento ao art. 30, inciso II da Lei nº 8.666/93, por meio de apresentação de, no mínimo, 01 (um) Atestado de Capacidade Técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, comprovando ter executado objeto compatível em características, quantidades e prazos com o objeto deste Termo de Referência;
- c) Os atestados deverão referir-se a serviços prestados no âmbito de sua atividade econômica principal ou secundária especificadas no contrato social vigente;

- Poderá ser admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo do serviço, a apresentação de diferentes atestados de serviços executados de forma concomitante, pois essa situação se equivale, para fins de comprovação de capacidade técnico-operacional, a uma única contratação, nos termos do item 10.9 do Anexo VII-A da IN SEGES/MP n. 5/2017. Cada atestado deverá comprovar:
- d.1) prestação do serviço referenciado pelo período mínimo de 12 (doze) meses, comprovando uma prestação de serviço à operadora ou à autogestão com um número mínimo de 10.000 vidas (40% do total de vidas) atendidas;
- d.2) prestação de serviço de suporte operacional a operadora(s) de plano(s) de saúde na modalidade de autogestão privada(s) ou pública(s) ou outra modalidade devidamente regulada, englobando as seguintes parcelas de relevância: (i) serviços de assessoria a gestão de operadoras de planos ou programas de saúde; (ii) Processamento e auditoria de contas assistenciais em saúde; (iii) operação em central de regulação técnica médico-assistencial; (iv) operação de central telefônica de atendimento a beneficiários e prestadores;
- e) O licitante disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados apresentados, apresentando, dentre outros documentos, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da CONTRATANTE e local em que foram prestados os serviços, consoante o disposto no item 10.10 do Anexo VII-A da IN SEGES/MP n. 5/2017;
- f) A empresa que apresentar resultado menor que 1 (um), em qualquer dos índices citados no subitem 9.10.4 do edital quando de sua habilitação, deverá comprovar capital mínimo ou patrimônio líquido mínimo correspondente a 10% (dez por cento) sobre o valor estimado para esta contratação, através de balanço patrimonial integralizado – do último ano base exigido em Lei.
- 25.3.2.2. O(s) atestado(s) deve(m) permitir a obtenção das seguintes informações
- a) Indicação do CNPJ, razão social e endereço completo da pessoa jurídica emissora do atestado;
- b) Informação do local e da data de expedição do atestado;
- c) Descrição da data de início e, se for o caso, do término da prestação dos serviços prestados.
- d) A licitante, caso solicitado pelo Pregoeiro, deverá disponibilizar todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados solicitados, apresentando, entre outros documentos, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da CONTRATANTE e local em que foram prestados os serviços.
- 25.4. Os critérios de aceitabilidade de preços serão:
- 25.4.1. Valor Global: R\$ 9.170.000,00 (nove milhões, cento e setenta mil reais)
- 25.5. O critério de julgamento da proposta é o menor preço global.
- 25.6. As regras de desempate entre propostas são as discriminadas no edital.

26. NÃO PODERÃO PARTICIPAR DESTA LICITAÇÃO

- 26.1. Interessados que se encontrarem em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou liquidação e/ou empresas estrangeiras que não funcionam no país.
- 26.2. Empresas que tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Pública e, caso participe do processo licitatório, estará sujeita às penalidades previstas no § único do art. 97, da Lei nº 8.666/93;
- 26.3. Licitante que se encontre com restrições administrativas e/ou judiciais quanto a sua participação em procedimentos licitatórios ou contratar com a Administração Pública em qualquer esfera, direta ou indireta;
- 26.4. Licitantes cujo objeto social, descrito nas de atividades, seja incompatível com o objeto deste Edital;
- 26.5. Empresas que estejam reunida em consórcio ou coligação. A vedação à participação de empresa reunida em consórcio.
- 26.6. Empresas operadoras de planos classificadas nas modalidades de cooperativas médicas, seguradoras de saúde ou ainda as medicinas de grupo, de acordo com as disposições de Lei 9.656;
- 26.7. É expressamente vedada a participação de empresas cujos sócios ou responsáveis técnicos sejam servidores ou dirigentes da Polícia Federal, vedação prevista no Art. 9º da Lei nº 8.666/93, bem como, que possua vínculo com ocupantes de cargo ou emprego nos órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta, que possa ser enquadrado em qualquer ato que configure conflito de interesses.

27. DA ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS

- 27.1. O custo estimado da contratação é de R\$ 9.170.000,00 (nove milhões, cento e setenta mil reais)

28. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

- 28.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral da União deste exercício, na dotação abaixo discriminada:
- 28.1.1. Gestão/Unidade: 1;
- 28.1.2. Fonte de Recursos: FUNAPOL-TAXAS PELO EXERCÍCIO DO PODER DE POLÍCIA (0174020227);
- 28.1.3. Programa de Trabalho: NÃO INFORMADO;
- 28.1.4. Elemento de Despesa: 339039 (OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA JURÍDICA 390580-SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS;
- 28.1.5. Plano Interno: PF SAÚDE (PF999SAUDE22);
- 28.1.6. Nota de Empenho: QUANDO DA CONTRATAÇÃO.

Brasília, 11 de fevereiro de 2022.

Anexos:

I – Estudo Técnico Preliminar (Documento sei Nº 20677823)

SILVANE SILVA COSTA VAL

Agente de Polícia Federal
Matrícula PF Nº 21775

JÂNIO CHAVES NASCIMENTO DE ANDRADE

Agente Administrativo
Matrícula PF nº 12545

DANILO DE ALBUQUERQUE

Agente de Polícia Federal
Matrícula: PF: 20433

RÚBIA DANYLA GAMA PINHEIRO

Delegada de Polícia Federal
Matrícula PF nº 17160
Responsável pela Formalização da Demanda

ANDRÉ VIANA ANDRADE

Delegado de Polícia Federal
Diretor de Administração e Logística



Documento assinado eletronicamente por **SILVANE SILVA COSTA VAL, Agente de Polícia Federal**, em 11/02/2022, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **RUBIA DANYLA GAMA PINHEIRO, Delegado(a) de Polícia Federal**, em 12/02/2022, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **JANIO CHAVES NASCIMENTO DE ANDRADE, Agente Administrativo(a)**, em 14/02/2022, às 07:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANDRE VIANA ANDRADE, Diretor(a)**, em 14/02/2022, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **DANILO DE ALBUQUERQUE, Agente de Polícia Federal**, em 15/02/2022, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.dpf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **21162170** e o código CRC **4A147D49**.