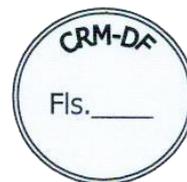




CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2022

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, CNPJ nº 03.495.116/0001-37, localizado no SIG quadra 1 lote 985, Centro empresarial Park Brasília, Sala 202 – Brasília – DF, por intermédio da Comissão Especial, torna público as regras para Credenciamento de Administradoras de Benefícios, com o fim celebrar **TERMO DE ACORDO**, objetivando disponibilizar ofertas de Planos de Assistência à Saúde Suplementar na modalidade coletivo empresarial, sem coparticipação, com no mínimo 1 (uma) Operadora de Plano de Assistência Médico-Hospitalar, com cobertura nacional, devidamente registrada na ANS, aos funcionários ativos e inativos (aposentados) do CRM-DF e seus dependentes, com fundamento no art. 116 da Lei nº 8.666 de 1993, na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com suas alterações, pelas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 309, de 24/10/2012, nº 428, de 7/11/2017, nº 438, de 03/12/2018, nº 195, de 14/07/09 (alterada pela Resolução Normativa nº 200, de 13/08/09) e pela Resolução nº 196, de 14/07/09, e Portaria CRM-DF nº 97/2020, de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus Anexos e no Processo Administrativo Setor de Compras e Licitações de nº 10.2022.

1. DO OBJETO

- 1.1** Credenciamento de empresas devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar Plano de Saúde Suplementar aos empregados do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, ativos, inativos e dependentes legais, com no mínimo 1 (um) plano e saúde com abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, sem coparticipação, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.
- 1.3** O credenciamento da(s) administradora(s) de benefícios será formalizado mediante assinatura de Termo de Acordo, a ser celebrado entre o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal e a Administradora(s) de Benefício(s) que vier(em) a ser habilitada(s).

2. DA ENTREGA E ABERTURA DOS ENVELOPES

- 2.1** No dia, hora e local abaixo indicado, será realizada a abertura dos envelopes.

DATA LIMITE: 24/05/2022

HORA: 10h (horário de Brasília-DF).

LOCAL: Sede do CRM-DF, localizada no SIG Quadra 1, Lote 985, Centro Empresarial Parque Brasília, Sala 202, Zona Industrial, Brasília-DF.

- 2.2 A entrega dos envelopes poderá ocorrer a partir da data de publicação do edital, até a data fixada para a abertura dos envelopes, diretamente no Protocolo Geral do CRM-DF, endereçada à Comissão Especial de Avaliação, no endereço citado acima.
- 2.3 Não havendo expediente na data marcada para a abertura dos envelopes, ficará adiada a reunião para o primeiro dia útil subsequente, mantido o mesmo horário e local, salvo disposições em contrário.
- 2.4 Todas as referências de tempo neste Edital, observarão obrigatoriamente o horário oficial de Brasília – DF.

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

- 3.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN 428, de 07/11/2017 e/ou normas posteriores.
- 3.2 Os planos oferecidos aos beneficiários do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal - CRM/DF deverão ser planos tipos privados coletivos empresariais, conforme estabelecido no Projeto Básico - Anexo I.

4. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 4.1 Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:
- 4.1.1 Atendam às condições deste Edital e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, à vista dos originais.
- 4.1.1.1 No caso das autenticações serem realizadas por Empregado Público, conforme previsto no subitem anterior, as mesmas deverão ocorrer impreterivelmente, até 24 horas antes da abertura do Credenciamento.
- 4.1.2 Que estejam regularmente cadastradas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, conforme disposto no §3º do artigo 8º da IN SLTI/MPOG nº 2 de 2010, e as pessoas jurídicas não cadastradas, nos termos do Decreto nº 4.485/2002.
- 4.1.2.1 As Administradoras não cadastradas no SICAF, e que tiverem interesse em participar deste Credenciamento, deverão providenciar o seu cadastramento e sua habilitação junto a qualquer Unidade Cadastradora dos Órgãos da Administração Pública, até o terceiro dia útil anterior à data do recebimento das propostas (Parágrafo Único, art. 3º do Decreto nº 3.722/2001, com redação alterada pelo Decreto nº 4.485, de 25.11.2002), **tendo em vista este Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal AINDA NÃO SER Unidade Cadastradora;**

- 4.1.2.2** As Administradoras cadastradas no SICAF poderão apresentar cópia do Certificado de Registro Cadastral - CRC, emitido por qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, dentro de seu prazo de vigência.
- 4.1.3** Que estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a atuar como Operadora na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS, comprovando mediante apresentação de documento hábil.
- 4.2** Não será admitido nesse processo de credenciamento a participação de empresas:
- 4.2.2** Concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou liquidação;
- 4.2.2** Que estejam com o direito de licitar e contratar com Administração Pública suspenso, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
- 4.2.3** Que estejam sob pena de interdição de direitos, previstos na Lei nº 9.605/98;
- 4.2.4** Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladoras coligadas ou subsidiárias entre si, ou ainda, qualquer que seja sua forma de constituição;
- 4.2.5** Estrangeiras que não funcionem no País;
- 4.2.6** Empresa, cujo objeto social não seja pertinente e compatível com o objeto do presente processo de credenciamento;
- 4.2.7** Cooperativa, sob nenhuma forma;
- 4.2.8** Não poderá participar desse processo de credenciamento, direta ou indiretamente, empregado ou dirigente deste Conselho.

5. HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS DE PLANO DE SAÚDE

- 5.1** Para **Habilitação Jurídica** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:
- 5.1.1** Registro comercial, no caso de empresa individual;
- 5.1.2** Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores, acompanhado de todas as alterações ou da consolidação, se for o caso;
- 5.1.3** Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício; e

- 5.1.4** Em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, Decreto de autorização e ato de registro ou autorização para funcionamento, expedido pelo Órgão competente, além dos documentos previstos no art. 41 do Decreto nº 10.024/2019.
- 5.2** Para **Habilitação Fiscal** a Administradora de Benefícios deverá atender aos seguintes requisitos:
- 5.2.1** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ.
- 5.2.2** Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 5.2.3** Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- 5.2.4** Prova de inscrição no cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, se houver, relativa ao domicílio ou sede da empresa pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o serviço;
- 5.2.5** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas CNDT, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943. (exigência instituída por força da Lei n.º 12.440/2011).
- 5.3** Para **Habilitação Econômica Financeira** a Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:
- 5.3.1** Certidão negativa de feitos sobre falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com data de expedição **não superior a 30 (TRINTA) DIAS**, contados da emissão, exceto quando houver prazo de validade expresso no documento (válida);
- 5.3.2** Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, aferida com base nos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC) maiores que um (>1), analisada automaticamente pelo SICAF:
- a)** $\text{Liquidez Geral} = (\text{ativo circulante} + \text{realizável a longo prazo}) / (\text{passivo circulante} + \text{exigível a longo prazo})$.
- b)** $\text{Solvência Geral} = \text{ativo total} / (\text{passivo circulante} + \text{exigível a longo prazo})$.
- c)** $\text{Liquidez Corrente} = \text{ativo circulante} / \text{passivo circulante}$.

5.3.2.1 As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem 5.3.2 retro, deverão apresentar Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da Administradora, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados, quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta.

5.4 Para **Habilitação Técnica** a Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:

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

5.4.2 Termo de Contrato, Acordo ou Ajuste de Conduta celebrado entre, no mínimo, 1 (uma) operadora de Plano de Saúde e a Administradora de Benefícios, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal;

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

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

5.4.5 Comprovante de inscrição na Agência Nacional de Saúde – ANS e autorização de funcionamento, em plena validade;

5.4.6 Declaração de que Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009, em plena validade.

5.4.7 Declaração de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255/2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários, em plena validade.

5.4.8 Declaração comprometendo-se em disponibilizar a todos os beneficiários, Rede Credenciada de atendimento para prestar os serviços assistenciais descritos no Anexo I deste Edital;

5.5 As Administradoras de Benefícios cadastradas e habilitadas parcialmente no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação exigidos nos subitens 5.1.1 e 5.1.2.

- 5.6** Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados no seu original ou por cópia autenticada em Cartório de Notas ou por servidor da Administração Pública ou por publicação em Órgão da Imprensa Oficial.
- 5.7** Documentos apresentados com a validade expirada acarretarão na inabilitação da Administradora de Benefícios.
- 5.8** Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados deverão estar em nome da Administradora de Benefícios e com nº CNPJ e endereço respectivo:
- 5.8.1** Se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;
- 5.8.2** Se a Administradora for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial;
- 5.8.3** Não serão aceitos documentos cujas datas e caracteres estejam ilegíveis ou rasurados.
- 5.9** Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos requeridos neste Edital e seus Encartes.
- 5.10** Para fins de habilitação, a verificação pelo órgão promotor do credenciamento nos sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova. (§ 3º do artigo 43 do Decreto n.º 10.024/2019).
- 5.11** Em relação à **Proposta de Preços**, a Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:
- 5.11.1** Proposta de preços de, no mínimo, 1 (uma) operadora de Plano de Saúde conveniada com a Administradora de Benefícios, contemplando a cobertura constante no Anexo I deste Edital, feita especialmente para o CRM-DF.
- 5.11.1.1** Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão estar de acordo com as disposições da RN 63/2003, ou seja, deverão ser cotados por faixa etária obedecendo às regras estabelecidas na mencionada Resolução.
- 5.11.2** Declaração de que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital, conforme modelo constante no anexo III;
- 5.11.3** Declaração, conforme § 2º do art. 32 da Lei nº 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação, conforme modelo constante no anexo III;
- 5.11.4** Declaração de que não possui em seu quadro de pessoal empregado menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos,

nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, conforme modelo constante no anexo III;

- 5.11.5** Declaração de que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV, do artigo 1º, e no inciso III, do artigo 5º, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, conforme modelo constante no anexo III.

6. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

- 6.1** As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento para os serviços descritos no Projeto Básico - Anexo I deste Edital, devem obrigatoriamente apresentar, no local e prazo limite constante do subitem 2.1, a documentação descrita no **ITEM 5** deste Edital juntamente com proposta de credenciamento, em papel timbrado da empresa.

- 6.1.1** Os documentos relativos ao credenciamento deverão ser apresentados em original por qualquer processo de cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por servidor da Comissão Especial de Credenciamento, a vista dos originais, no prazo estipulado no subitem 4.1.1.1 deste Edital.

- 6.2** Todos os documentos exigidos neste Edital deverão ser apresentados em envelope opaco e lacrado contendo as seguintes informações:

**DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO - PLANO DE SAÚDE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL – CRM-DF
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2022
RAZÃO SOCIAL:
CNPJ:**

- 6.3** O credenciamento será permitido a qualquer momento, de qualquer interessado, desde que atenda aos requisitos fixados no regulamento.
- 6.4** As informações prestadas, assim como a documentação entregue são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.
- 6.5** A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto ao CRM-DF e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no presente Edital, seus Anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido no presente edital.

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

- 7.1** Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar este Edital de credenciamento por irregularidade, devendo apresentar por escrito, pessoalmente ou por correio eletrônico (compras@crmdf.org), em até 5 (cinco) dias úteis anterior a data fixada para a abertura dos envelopes, nos termos do art. 41 e seus parágrafos da Lei 8.666/93.

- 7.2** Os **interessados** em participar do credenciamento poderão, sob pena de decair do direito, impugnar o Edital até o 2º (segundo) dia útil anterior à data fixada para a abertura dos envelopes, nos termos do art. 41, §2º da Lei 8.666/93, podendo ser realizada por forma eletrônica, pelo e-mail compras@crmdf.org.br, ou por petição dirigida ou protocolada no endereço do CRM-DF.
- 7.3** Não serão aceitas impugnações apresentadas fora dos prazos legais.
- 7.4** Caberá à Comissão Especial de Credenciamento decidir sobre a petição no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da data de protocolização do requerimento, respeitando a ampla defesa e o contraditório.
- 7.3** Acolhida à impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a retificação desse procedimento.

8. ANÁLISE E JULGAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

- 8.1** A análise e julgamento serão processados em conformidade com as condições estipulados neste Edital e seus anexos.
- 8.2** Serão declarados inabilitados os interessados que:
- 8.2.1** Por qualquer motivo, estejam declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública, Direta ou Indireta, Federal, Estadual, Municipal ou Distrital, desde que o ato tenha sido publicado no Diário Oficial da União, do Estado ou do Município, pelo órgão que o expediu.
- 8.2.2** Deixarem de apresentar qualquer documentação exigida no item 5 deste Edital e seus anexos ou a apresentarem em desconformidade com o exigido.

9. DA DIVULGAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

- 9.1** Serão declarados HABILITADOS para o credenciamento todos os requerentes que atenderem às exigências deste Edital e seus Anexos, cujo resultado será publicado no Diário Oficial da União.
- 9.2** Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas à HOMOLOGAÇÃO pelo Presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF.

10. DOS RECURSOS

- 10.1** Os interessados poderão recorrer do resultado publicado, apresentando suas razões devidamente fundamentadas e por escrito, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados do primeiro dia subsequente à data da divulgação prevista no item 9.1, ficando nesse período autorizado vistas ao seu processo junto à Comissão Especial de Credenciamento, situada no SIG Quadra 1, Lote 985, Centro Empresarial Parque Brasília, Sala 202, Zona Industrial, Brasília-DF.

- 10.1.1** O recurso limitar-se-á a questões de habilitação, considerando, exclusivamente, a documentação apresentada no ato da inscrição, não sendo considerado documento anexado em fase de recurso;
- 10.1.2** O recurso será protocolado junto à Comissão Especial de Credenciamento, ficando estabelecido o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para reconsiderá-lo ou fazê-lo subir devidamente informado à autoridade superior, que terá até 05 (cinco) dias úteis para análise e decisão;
- 10.1.3** Somente o próprio interessado ou seu representante legalmente habilitado poderá interpor os recursos.

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

- 11.1** Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo IV, a qual será adaptada à proposta da empresa vencedora.
- 11.2** O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinarem o Termo de Acordo, no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecerem à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado.
- 11.2.1** O prazo estabelecido no subitem 11.2 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo CRM-DF.

12. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 12.1** Inexistente a indicação de recursos orçamentários e financeiros pelo **Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF** para a execução deste **TERMO DE ACORDO a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada**, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para o **CRM-DF** decorrente da adesão de seus funcionários aos planos de assistência à saúde estipulados pela **ADMINISTRADORA, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do funcionário.**

13. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS BENEFICIÁRIOS

- 13.1** O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser

apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico - Anexo I, devendo as ocorrências serem registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).

- 13.2** O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do CRM-DF, especialmente designado na forma dos artigos 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

14. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E DO DESCRENCIAMENTO

- 14.1** Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93 e outras legislações correlatas:

14.1.1 Advertência por escrito;

14.1.2 Suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o CRM-DF, pelo prazo de até 2 (dois) anos;

14.1.3 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;

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

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

- 14.2** A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á através de processo administrativo, observando-se as regras previstas na Lei nº 8.666, de 1993 e subsidiariamente na Lei 9.784, de 1999.

- 14.3** A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, a abrangência do dano apontada pela área demandante, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade e da razoabilidade.

- 14.4** As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicadas concomitantemente com as dos subitens 14.1.4 e 14.1.5, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.
- 14.5** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.
- 14.6** São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao CRM-DF apuradas em processo administrativo.

15. DA RESCISÃO DO TERMO DE ACORDO

- 15.1** O Termo de Acordo poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecutável, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda, sobrevindo caso fortuito ou de força maior, idem com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.
- 15.2** São causas de rescisão a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no Termo de Acordo, Projeto Básico, Edital e Proposta da **Administradora de Benefícios**, ou, ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao CRM-DF, apuradas em regular processo administrativo.
- 15.3** Obrigam-se os signatários a cumprir todas as cláusulas e condições durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

16. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

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

17. DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

- 17.1** As regras acerca do Acompanhamento e Fiscalização são as estabelecidas no item 22 do Projeto Básico.

18. DO REAJUSTE

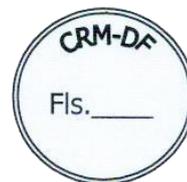
- 18.1** As regras acerca do Reajuste são as estabelecidas no item 23 do Projeto Básico.

19. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



- 18.2** A inobservância, em qualquer fase do Processo de Credenciamento, por parte do interessado, dos prazos estabelecidos em notificações pessoais ou gerais, será caracterizada como desistência, implicando sua exclusão de participação do credenciamento.
- 18.3** A inexatidão de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.
- 18.4** É de inteira responsabilidade do interessado acompanhar as informações e os resultados divulgados no Diário Oficial da União.
- 18.5** Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Especial de Credenciamento, localizada no SIG Quadra 1, Lote 985, Centro Empresarial Parque Brasília, Sala 202, Zona Industrial, Brasília-DF, fone (61) 3322-0001, ou pelo endereço eletrônico compras@crmdf.org.br.
- 18.6** Integram o presente Edital os Anexos I, II, III e IV.
- 18.7** É facultada à Comissão Especial de Credenciamento ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo, desde a realização da sessão pública.
- 18.8** Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:
- 18.8.1** ANEXO I – Termo de Referência;
 - 18.8.2** ANEXO I-A – Estudo Técnico Preliminar;
 - 18.8.3** ANEXO II – Distribuição dos beneficiários por faixa etária;
 - 18.8.3** ANEXO III – Declarações;
 - 18.8.4** ANEXO IV – Minuta de Termo de Acordo.

Brasília-DF, 04 de maio de 2022.

MARCELA AUGUSTA MONTANDON GONÇALVES
Presidente

ANEXO I

- PROJETO BÁSICO -

1. DO OBJETO E DO OBJETIVO

- 1.2** Credenciamento de empresas devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar Plano de Saúde Suplementar aos empregados do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, ativos, inativos e dependentes legais, com no mínimo 1 (um) plano e saúde com abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, sem coparticipação, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.
- 1.3** A(s) administradora(s) de benefícios credenciada(s) poderá(ão), durante a vigência do Termo de Acordo, acrescentar outras operadoras de planos de assistência médica, além dos que foram oferecidos durante o procedimento de credenciamento.
- 1.4** A presente contratação tem por objetivo garantir aos beneficiários atendimento à saúde, dando prosseguimento à política de valorização e promoção da saúde de seus empregados como forma de lhes proporcionar maior qualidade de vida, diminuindo os riscos de desenvolvimento de doenças, tanto físicas como emocionais, o que reverte em inúmeros benefícios, não só para o empregado, como também para a instituição.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- 2.1** Lei nº 8.666/93, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas alterações, as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 438, de 3 de dezembro de 2018, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009 e nº 259, de 17 de junho de 2011 e demais legislações que regulam o setor.

3. DA CONCEITUAÇÃO

- 3.1** Para fins deste documento, considera-se:

- 3.1.1 USUÁRIOS** - Os inscritos no Plano de Assistência à Saúde na condição de beneficiários titulares e dependentes.



- 3.1.2 BENEFICIÁRIO TITULAR** - Funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados).
- 3.1.3 BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** - Os familiares dos funcionários, na forma regulamentada pela legislação vigente e registrada neste Projeto Básico.
- 3.1.4 MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário titular, referente aos valores dos funcionários do CRM-DF, ativos e seus dependentes.
- 3.1.5 MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO INATIVO (APOSENTADO)** - Valor a ser estabelecido para ser cobrado diretamente ao beneficiário nesta condição, através de débito em conta corrente ou emissão de boleto bancário.
- 3.1.6 REDE CREDENCIADA** - hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.
- 3.1.7 ABRANGÊNCIA DA REDE** - Localidade em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo CRM-DF, na forma disciplinada neste Projeto Básico.
- 3.1.8 ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** - Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o CRM/DF celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 1(uma) operadora prestadora dos serviços de plano de saúde.
- 3.1.9 PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
- 3.1.10 PLANO ESPECIAL** - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo.
- 3.1.11 REMOÇÃO** - Deslocamento dos usuários para atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Projeto Básico.
- 3.1.12 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** - Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com cobertura em todo território nacional, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656, de 1998 e Resolução 10 de 1998, de 3 de novembro de 1998, alterada pelas Resoluções 67 e 81, de 2001 e Resolução 211, de 11 de janeiro de 2010

e demais Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros(as) profissionais/instituições.

3.1.13 TERMO DE ADESÃO – Termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Acordo firmado entre o CRM-DF e a Administradora de Benefícios.

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 São considerados beneficiários titulares:

4.1.1 Funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados), estes últimos, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio, conforme Resolução Normativa da ANS nº 479, de 24 de novembro de 2011 e os funcionários de cargos comissionados do CRM-DF.

4.2 São considerados beneficiários dependentes:

4.2.1 Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

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

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

4.2.4 Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade, os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;

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

4.2.6 Os filhos e enteados, a partir de 24 anos até o limite de 29 anos, 11 meses e 29 dias, desde que o beneficiário titular do plano de saúde arque com 100% (cem por cento) do valor contratado;

4.2.7 O menor, sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 4.2.4 e 4.2.5;

4.2.8 A existência do dependente constantes nos itens 4.2.1 e 4.2.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 4.2.3.

5. DA INCLUSÃO E DA REINCLUSÃO NOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1 A inclusão dos funcionários ativos do CRM-DF, funcionários inativos (aposentados), todos os dependentes e os funcionários em cargos comissionados, como beneficiários nos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo

Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal será mediante manifestação expressa junto à Administradora de Benefícios.

- 5.2 É voluntária a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Projeto Básico.
- 5.3 Os funcionários ativos, inativos (aposentados), seus dependentes e funcionários em cargos comissionados do CRM-DF disporão do prazo de até 30 (trinta) dias, contados da contratação da Administradora de Benefícios, para solicitarem as suas inclusões/adesões e dos seus dependentes, ficando isentos de carência para usufruírem os serviços contratados. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem **7.3**.
- 5.4 Os funcionários que ingressarem no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal após a data da celebração do contrato, disporão do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, ficando, nesse caso, isentos de carência para usufruírem os serviços abrangidos. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem **7.3**;
- 5.5 Quando da transferência de plano inferior para o plano superior (acomodação em apartamento individual) fica garantida a cobertura do padrão inferior até o cumprimento das carências do subitem **7.3**.
- 5.6 A transferência de plano superior para o plano inferior (acomodação em enfermaria) poderá ocorrer a qualquer tempo, desde que não tenha ocorrido nenhum ato cirúrgico que tenha demandado internação, num período inferior a 180 (cento e oitenta) dias da solicitação.
- 5.7 Os dependentes que adquirirem essa condição (por casamento, nascimento, adoção de filho menor de 12 (doze) anos, guarda ou reconhecimento de paternidade) após a inclusão dos funcionários do CRM-DF no Plano de Assistência à Saúde, **terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ininterruptos**, a contar do fato gerador, para serem incluídos no citado Plano, sob pena do cumprimento da carência prevista no subitem **7.3**.
- 5.8 Fica sujeita a carência prevista no subitem **7.3** à reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por funcionários do CRM-DF.
- 5.9 Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir mais de um plano de saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento do CRM-DF.
- 5.10 A solicitação de inscrição de beneficiários no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de início da **cobertura** assistencial e da contagem dos períodos de carência:

PERÍODO DE INSCRIÇÃO	VIGÊNCIA DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

- 5.11 A solicitação de exclusão de beneficiário no Plano de Assistência à Saúde deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

PERÍODO DE EXCLUSÃO	SUSPENSÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL
1º ao 20º dia	a partir do 1º dia do mês subsequente.
21º ao 30º dia	a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

- 5.12** Caberá ao CRM-DF a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos funcionários ativos e aposentados do CRM-DF, indicando a relação de parentes consanguíneo ou por afinidade dos dependentes com os funcionários, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

6. DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

- 6.1** A exclusão do titular no Plano de Assistência à Saúde se dará pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão, mesmo que temporária, de seus vencimentos, tais como exoneração, redistribuição, licença sem vencimento, demissão, decisão administrativa ou judicial, cancelamento voluntário da inscrição, falecimento, bem como o deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano e outras situações previstas em Lei.
- 6.2** No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração, o funcionário poderá optar por permanecer no Programa de Assistência à Saúde, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas.
- 6.3** Ressalvadas as situações previstas no item **6.1** a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos funcionários ativos e aposentados do CRM-DF e empregados em cargos comissionados, por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o servidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- 6.4** É de responsabilidade dos funcionários ativos, inativos (aposentados) e em cargos comissionados do CRM-DF solicitar, formalmente, ao Setor de Recursos Humanos do CRM-DF e à Administradora de Benefícios, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.
- 6.5** Os beneficiários excluídos do Programa de Assistência à Saúde serão responsáveis pela devolução imediata ao setor de recursos Humanos do CRM-DF ou diretamente à Administradora de Benefícios de sua carteira de identificação, de seus dependentes e demais vinculados, se houver.
- 6.6** A exclusão do titular implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

7. DA CARÊNCIA

- 7.1** Para os beneficiários incluídos dentro dos prazos estipulados no Item 5 não será exigido cumprimento de nenhum prazo de carência.
- 7.2** Também não poderá ser exigida carência em situações de urgência e emergência, ocorridas dentro de prazo de cumprimento de carência.

- 7.3** Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos de isenção previstos no item 5, os beneficiários deverão cumprir, no máximo, os seguintes prazos de carências:
- a) Consultas e exames laboratoriais de análises clínicas e patológicas: 30 (trinta) dias;
 - b) Demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
 - c) Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional: 300 (trezentos) dias;
 - d) Doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

8. DA PORTABILIDADE

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

9. DOS BENEFÍCIOS

- 9.1** As operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN 465, de 24/02/21 e/ou normas posteriores.
- 9.2** A cobertura ambulatorial compreende atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, observados os seguintes serviços, sem prejuízo do disposto no item **9.1**:
- 9.2.1** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
 - 9.2.2** Apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com fisioterapeutas e psicólogos, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - 9.2.3** Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas, durante a carência para o plano médico hospitalar; e
 - 9.2.4** Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.
- 9.3** Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:
- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

- b) Quimioterapia ambulatorial;
 - c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - d) Hemoterapia ambulatorial;
 - e) Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
 - f) Tratamento fisioterápico; e,
 - g) Tratamento fonoaudiológico.
- 9.4** O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas Resoluções da ANS em vigor e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:
- 9.4.1** Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
 - 9.4.2** Psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, na forma estipulada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
 - 9.4.3** Tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
- 9.5** A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, inclusive dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência, emergência e planejamento familiar, e inclui, sem prejuízo do disposto no item **9.1**:
- 9.5.1** Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - 9.5.2** Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente.
 - 9.5.3** Diária de internação hospitalar.
 - 9.5.4** Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

- 9.5.5** Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 9.5.6** Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas como evento médico.
- 9.5.7** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento.
- 9.5.8** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros, regiões e que estejam causando problemas funcionais.
- 9.5.9** Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar.
- 9.5.10** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.
- 9.5.11** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.
- 9.5.12** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do funcionário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.
- 9.5.13** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 9.5.14** Transplantes de córnea, rim e medula óssea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:
- a) Despesas assistenciais com doadores vivos;
 - b) Medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
- 9.5.15** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso a acomodação em nível superior ao previsto, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

- 9.5.16** Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da operadora.
- 9.5.17** É obrigatória a cobertura dos procedimentos relacionados com os agravos ocupacionais e suas consequências, incluindo cirurgia plástica reparadora no caso de doença ocupacional e moléstias profissionais.
- 9.5.18** Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.
- 9.5.19** Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessários, para outro estabelecimento hospitalar, em qualquer lugar do território nacional, utilizando-se dos meios de controle de transporte mais convenientes.
- 9.5.20** Procedimentos especiais durante a internação, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:
- ✓ Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - ✓ Quimioterapia;
 - ✓ Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - ✓ Hemoterapia;
 - ✓ Nutrição parenteral ou enteral;
 - ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - ✓ Embolizações e radiologia intervencionista;
 - ✓ Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - ✓ Fisioterapia;
 - ✓ Próteses intra-operatórias;
 - ✓ Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
 - ✓ Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a

internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;

- ✓ Procedimentos obstétricos; e
- ✓ Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea, rim e medula óssea, exceto medicação de manutenção.

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

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

10. DAS EXCLUSÕES

10.1 As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656, de 1998, nas Resoluções da Agência Nacional de saúde Suplementar.

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

10.2.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

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

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

10.2.4 Cirurgia plástica estética de qualquer natureza.

10.2.5 Inseminação artificial.

10.2.6 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

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

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

10.2.9 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

10.2.10 Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

- 10.2.11 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- 10.2.12 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- 10.2.13 Aplicação de vacinas preventivas;
- 10.2.14 Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- 10.2.15 Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico.
- 10.2.16 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
- 10.2.17 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano.
- 10.2.18 Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

11. DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

11.1 Atendimentos de Emergência e Urgência conforme descritos a seguir:

- 11.1.1 Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- 11.1.2 Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 11.1.3 É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras vinte e quatro horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando se o seguinte:
 - 11.1.3.1 O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência ou emergência, incluindo a necessidade de assistência médica decorrente da condição gestacional, por pelo menos 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação;
 - 11.1.3.2 Caberão às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que disponha de serviço de urgência e/ou emergência, visando à continuidade do atendimento.

11.2 Casos omissos no Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

12. DO REEMBOLSO

- 12.1** Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:
- 12.1.1** O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento.
 - 12.1.2** Se configurar urgência e/ou emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento.
 - 12.1.3** O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
 - 12.1.4** Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito de acordo com as tabelas praticadas pelas operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.
- 12.2** Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios os seguintes documentos:
- 12.2.1** Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais.
 - 12.2.2** Recibos de pagamento dos honorários médicos.
 - 12.2.3** Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital.
 - 12.2.4** Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- 12.3** Para fins de reembolso, o funcionário ativo ou inativo deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de doze meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.
- 12.4** Casos omissos no Projeto Básico deverão seguir a legislação em vigor sobre o assunto.

13. DA REMOÇÃO

- 13.1** Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.
- 13.2** Nos casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se as seguintes situações:
- 13.2.1** Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus;
- 13.2.2** As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.
- 13.2.3** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item **11.1.3.2** a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

14. DAS ACOMODAÇÕES

- 14.1** Nas acomodações serão asseguradas a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do tipo de plano aderido, independente da terminologia usada pelas instituições hospitalares, conforme a seguir:
- 14.1.1 PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com acomodação em enfermaria.
- 14.1.2 PLANO ESPECIAL** - Compreende as coberturas do Plano Básico, mas com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, conforme resolução vigente da ANS.
- 14.2** Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
- 14.3** A Administradora de benefícios poderá ofertar adicionalmente aos produtos apresentados para atender às exigências deste Projeto Básico, outros planos de saúde com condições contratuais diferenciadas, desde que observados os requisitos mínimos exigidos neste documento.

15. REDE CREDENCIADA

- 15.1** A rede de atendimento disponibilizada pela Administradora de Benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica deverá ser oferecida por, no mínimo, 1 (uma) Operadora de Plano de Saúde contratada pela Administradora de Benefícios e deverá contemplar cobertura em todo o território nacional.
- 15.2** A Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos funcionários deste Conselho (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.
- 15.3** As operadoras de Plano de Saúde conveniadas pelas Administradoras de Benefícios deverão oferecer a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos Conselhos.
- 15.3.1** É obrigatória a apresentação de no mínimo 1 (uma) proposta de plano **com cobertura nacional** em cada modalidade oferecido por operadora conveniada com rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos Conselhos.
- 15.4** Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta, sendo facultado às Administradoras de Benefícios, em momento posterior à assinatura do Acordo, disponibilizar operadoras e/ou produtos com a finalidade de ampliar o atendimento oferecido.

16. DAS OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

- 16.1** São obrigações da Administradora de Benefícios:
- 16.1** Apresentar aos funcionários do CRM-DF, no mínimo **1 (uma)** operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;
- 16.2** Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a:
- Negociação de reajuste;
 - Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e
 - Alteração de rede assistencial.
- 16.3** Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do CRM-DF;
- 16.4** Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo, na legislação e na proposta de adesão;

- 16.5 Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao CRM-DF e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- 16.6 Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- 16.7 Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- 16.8 Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- 16.9 Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;
- 16.10 Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de planos de saúde contratadas;
- 16.11 Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- 16.12 Informar mensalmente ao Setor de Recursos Humanos do CRM-DF as exclusões de beneficiários titulares e dependentes;
- 16.13 Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, comunicando posteriormente o CRM-DF;
- 16.14 Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- 16.15 Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- 16.16 As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001;
- 16.17 As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- 16.18 Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Coordenação de Recursos Humanos do CRM-DF.

- 16.19** Manter, enquanto durar o acordo, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- 16.20** Comunicar ao fiscal do Termo de Acordo, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas.
- 16.21** Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.
- 16.22** Executar, quando solicitado pelo CRM-DF, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para este Conselho.

17. OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

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

17.1.1 Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações e das Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, das orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

- a) Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado de acordo com as tabelas praticadas pelas operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
 - I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas

fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

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

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

f.1) Caso seja necessária a emissão de 2ª via da carteira de identificação, será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.

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

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

i) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

j) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênicas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;

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

l) Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sobre inadimplências e eventuais cancelamentos, com antecedência.

18. OBRIGAÇÕES DO CRM-DF

18.1 São obrigações do CRM-DF:

- a) Colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários qualificados no objeto do presente Termo de Acordo **que não se encontrem resguardados por sigilo**, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede do **CRM-DF**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
- d) Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordo(s) objetos do presente Projeto Básico que consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste; e,
- e) Creditar na folha de pagamento, de cada funcionário, o percentual pertinente ao pagamento do Plano de Saúde de responsabilidade do CRM-DF a título de auxílio saúde, conforme estipulado em Acordo Coletivo.

19. REQUISITOS TÉCNICOS PARA ASSINATURA DO TERMO DE ACORDO

19.1 As empresas Administradoras de Benefícios interessadas em firmar Termo de Acordo com o CRM-DF deverão cumprir as seguintes condições:

- a) Estar devidamente registrada na ANS como administradora de benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e possuir autorização de funcionamento;
- b) Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(ia) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do Ministério da Educação e Vinculadas, contemplando as regras estabelecidas neste Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- c) Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme legislação em vigor;
- d) Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;

- e) Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- f) Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 1º trimestre de 202, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
- g) Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;
- h) Declarar que dispõe de rede credenciada para atender aos beneficiários do CRM-DF, na forma exigida neste Projeto Básico.

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

20. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

20.1 Pelo descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas no Acordo de Parceria, as Administradoras de Benefícios, garantida a defesa prévia, ficam sujeitas às seguintes sanções, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas na Lei nº 8.666/93 e outras legislações correlatas:

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o CRM-DF, pelo prazo de até 2 (dois) anos;
- c) 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;
- d) Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente (s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- e) Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;

- 20.2** A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á através de processo administrativo, observando-se as regras previstas na Lei nº 8.666, de 1993 e subsidiariamente na Lei 9.784, de 1999.
- 20.3** A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, a abrangência do dano apontada pela área demandante, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade e da razoabilidade.
- 20.4** As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.
- 20.5** São causas de descredenciamento a reincidência no descumprimento de quaisquer das condições descritas no presente Edital, no Termo de Acordo, ou ainda, a prática de atos que caracterizem má-fé em relação ao CRM-DF apuradas em processo administrativo.

21. DA VIGÊNCIA

- 21.1** O prazo de vigência do credenciamento será indeterminado, podendo as empresas interessadas entrarem em contato com o CRM-DF, com a devida apresentação da documentação descrita no edital e neste Projeto, a qualquer momento.
- 21.2** O prazo de vigência do Termo de Acordo assinado com a Administradora de Benefício, terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses.
- 21.3** O CRM-DF convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Termos de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado.
- 21.3.1** O prazo estabelecido no subitem 21.3 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e devidamente aceito pelo CRM-DF.
- 21.4** Após o encerramento dos 5 (cinco) anos, as Administradoras de Benefícios que já atuavam no CRM-DF, poderão assinar novo Termo de Acordo, desde que apresentada novamente a documentação estabelecida neste Projeto Básico.

22. FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

- 22.1** O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).
- 22.2** O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos pelo(a) Sr.(a) **EVALDO**

LIMA DA COSTA JÚNIOR, funcionário(a) do CRM-DF, especialmente designado na forma dos artigos 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

23. DO REAJUSTE

- 23.1** Respeitadas às disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do CRM-DF poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).
- 23.2** A iniciativa revisional cabe à contratada, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos através de planilhas e documentos comprobatórios.

24. DO PRAZO PARA INÍCIO DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

- 24.1** Após assinatura do(s) Termo(s) de Acordo, as empresas possuem até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores do CRM-DF.

25. DA PESQUISA DE MERCADO, DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

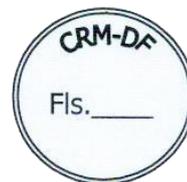
- 25.1** Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF para a execução deste TERMO DE ACORDO, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para o CRM-DF decorrente da adesão de seus funcionários aos planos de assistência à saúde estipulados pela ADMINISTRADORA, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do funcionário.
- 25.2** O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.
- 25.3** Portanto, não há necessidade de pesquisa de mercado nem de previsão orçamentária.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 26.1** Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretarem dano à saúde do beneficiário ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do funcionário.
- 26.2** O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo às operadoras efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do empregado.
- 26.3** É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência,



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

- 26.12** Na hipótese de ocorrer à substituição de entidade hospitalar por vontade das operadoras de Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios durante período de internação de beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência.
- 26.13** No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
- 26.14** A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades especiais dos beneficiários, bem como aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.
- 26.15** A operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.
- 26.16** Aos casos omissos aplicar-se-ão as demais disposições constantes da legislação pertinente.
- 26.17** O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será da Justiça Federal, seção judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro.

APROVAÇÃO DO PROJETO BÁSICO PELA AUTORIDADE COMPETENTE

À consideração da senhora Presidente,

Considerando que este Projeto Básico possui todos os elementos indispensáveis para a realização do certame, conforme os termos da Lei nº 8.666/93, e demais legislações pertinentes,

Considerando que é atribuição da autoridade competente aprovar o Projeto Básico das contratações,

APROVO este Projeto Básico.

Brasília-DF, 25 de abril de 2022

MARCELA AUGUSTA MONTANDON GONÇALVES
Presidente

ANEXO I-A

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. ÁREA REQUISITANTE

Área: Departamento de Administração
Responsável: Wellington Douglas Souza Tenório

2. NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

Atualmente está em vigor o Termo de Acordo nº 1/2017, firmado com a empresa Extramed Administração e Serviços Médicos LTDA, cujo objeto é o Credenciamento de empresas devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para atuar como Administradora de Benefícios objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar, aos funcionários ativos e inativos (aposentados) do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal - CRM/DF e seus dependentes legais, com cobertura nacional.

A presente contratação visa dar continuidade ao plano de saúde atualmente oferecido aos empregados do CRM-DF e seus dependentes, em função também da impossibilidade de prorrogação do atual contrato que expirará em 31/05/2022.

A disponibilização de assistência médica aos empregados, proporcionará a prevenção de doenças, diminuindo assim o absenteísmo, aumentando a sua produtividade.

Dar prosseguimento à política de valorização e promoção da saúde de seus empregados como forma de lhes proporcionar maior qualidade de vida, diminuindo os riscos de desenvolvimento de doenças, tanto físicas como emocionais, o que reverte em inúmeros benefícios, não só para o empregado, como também para a instituição.

A presente contratação tem por objetivo garantir que os beneficiários tenham atendimento à saúde. Numa visão preventiva e com foco na qualidade de vida no futuro, é determinante possuir acesso à assistência à saúde sempre que necessário. A Saúde Suplementar no Brasil oferece assistência médica e hospitalar privada através das Operadoras de Plano de Saúde. Diante de um cenário em que o tempo médio de vida tem aumentado, faz-se necessário cuidar mais da saúde em todas as fases da vida, desde o nascimento, passando pela maturidade até o envelhecimento. Com o acesso à saúde, o servidor passa a cuidar mais de si o que, conseqüentemente, pode reduzir o número de afastamentos médicos.

O objeto a ser licitado, pelo seu impacto institucional e com base nas justificativas acima mencionadas, possui natureza continuada, podendo ser prorrogável de acordo com o artigo 57, da Lei nº 8.666/93.

Os serviços são considerados comuns pois os seus padrões de desempenho e qualidade podem ser objetivamente definidos pelo edital.

2. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Para essa contratação devem ser atendidos os seguintes requisitos:

Requisitos legais: Lei nº 8.666/93, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com suas alterações,



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nº 428, de 7 de novembro de 2017, nº 438, de 3 de dezembro de 2018, nº 309, de 24 de outubro de 2012, nº 196, de 14 de julho de 2009, nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009 e nº 259, de 17 de junho de 2011 e demais legislações que regulam o setor.

Requisitos Gerais:

Poderão habilitar-se as pessoas jurídicas, pertencentes ao ramo de atividade relacionado ao objeto conforme disposto nos respectivos atos constitutivos, que atenderem a todos os requisitos, inclusive quanto à documentação.

As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefício deverão cobrir, no mínimo, os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente, assim como na RN 428, de 07/11/2017 e/ou normas posteriores.

Os planos oferecidos aos beneficiários do CRM-DF deverão ser planos privados coletivos empresariais, conforme Portaria Normativa nº 1, de 09 de março de 2017 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

A abrangência geográfica dos serviços de assistência à saúde deverá contemplar, a região do Distrito Federal, devendo a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS CREDENCIADA disponibilizar planos com atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional.

Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, da Resolução Normativa nº 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados:

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

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

Vigência da Contratação: A vigência contratual será de 12 meses, podendo ser prorrogado até o limite de 60 meses.

O objeto desta contratação é de natureza continuada, porém, sem dedicação exclusiva de mão-de-obra.

Requisitos de Capacitação Técnica:

A Administradora de Benefício interessada em firmar o Termo de Acordo deverá cumprir as seguintes condições:

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



- Estipular plano(s) de operadora(s) prestadora(s) dos serviços de saúde, devidamente registrada na ANS, a(s) qual(is) deverá(ão) prestar os respectivos serviços aos beneficiários do CRM-DF contemplando as regras estabelecidas neste TR e no Projeto Básico, de forma a assegurar a opção de escolha dos beneficiários;
- Apresentar preços dos planos de saúde incluindo todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços, conforme legislação em vigor;
- Comprovar, através de atestados de capacidade técnica, emitidos por entidades públicas ou privadas que prestou ou presta serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras devidamente registradas na ANS;
- Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, em que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
- Apresentar certidão expedida pela ANS de que a empresa atende às exigências de ativos garantidores, relativa ao 1º trimestre de 2021, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009;
- Apresentar declaração de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (catorze) anos em qualquer tipo de trabalho;
- Declaração, conforme parágrafo segundo do artigo 32 da Lei n.º 8.666/93, de que inexistente fato superveniente impeditivo da habilitação;
- Apresentar ao CRM-DF os Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes celebrados com as operadoras disponibilizadas, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo que vier a ser assinado com o CRM-DF.

Requisitos de Sustentabilidade:

Em atendimento ao disposto nas Instruções Normativas nº 01/2010 e 05/2017 da SLTI/MP a contratada deverá adotar as práticas de sustentabilidade ambiental cabíveis na execução dos serviços.

Beneficiários:

São considerados beneficiários titulares:

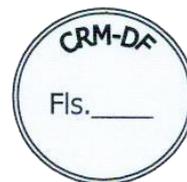
Funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados), estes últimos, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio, conforme Resolução Normativa da ANS nº 479, de 24 de novembro de 2011.

São considerados beneficiários dependentes:

- Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



- O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- **Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade, os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;**
- Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- O menor, sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial.

Glossário:

Para fins deste documento, considera-se:

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

BENEFICIÁRIO TITULAR - Funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados).

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

MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR - Valor a ser estabelecido para desconto em folha de pagamento ou autorização de débito em conta corrente, indicada no ato da adesão do beneficiário titular, referente aos valores dos funcionários do CRM-DF, ativos e seus dependentes.

MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO INATIVO (APOSENTADO) - Valor a ser estabelecido para ser cobrado diretamente ao beneficiário nesta condição, através de débito em conta corrente ou emissão de boleto bancário.

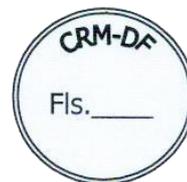
REDE CREDENCIADA - hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

ABRANGÊNCIA DA REDE - Localidade em que as operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão oferecer rede credenciada na área de abrangência geográfica determinada pelo CRM-DF, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS - Empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para atuar como Administradora dos benefícios de planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual o CRM/DF celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



serviços de Assistência Médico-Hospitalar de, no mínimo, 1(uma) operadora prestadora dos serviços de plano de saúde.

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

PLANO ESPECIAL - Plano Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo.

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

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

4. LEVANTAMENTO DE MERCADO E JUSTIFICATIVA DA SOLUÇÃO ESCOLHIDA

Em pesquisa no painel de preços do governo federal e em contratações realizadas por outros órgãos públicos, identificamos 2 modelos de contratação do objeto em tela:

- 1- Pregão Eletrônico; e
- 2- Credenciamento de Administradora de Benefício.

Passamos a análise das modalidades licitatórias descritas:

Pregão Eletrônico: O pregão pressupõe a viabilidade da competição entre os possíveis fornecedores. Nessa modalidade será selecionado apenas uma proposta mais vantajosa para a Administração. Nesse contexto, o contrato será firmado pelo CRM-DF com a empresa vencedora, a preços de mercado, gerando obrigação financeira para este Conselho e obrigatoriedade de seus empregados aderirem ao plano ofertado pela contratada, sem alternativa de escolha. Modelo este, que poderá ser mais oneroso para os empregados visto que a carteira do CRM-DF é pequena, não sendo possível a diluição de custos em casos de alguma intercorrência de elevado vulto.

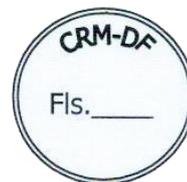
Levando em consideração que, no CRM-DF, o benefício de saúde suplementar concedido aos empregados é fornecido por meio de auxílio saúde consignado no contracheque, essa solução onde o Conselho terá que dispender recursos não é a solução.

Por outro lado, pelo histórico deste Conselho, podemos afirmar que a contratação de plano de saúde para os empregados e dependentes através de pregão eletrônico não é a melhor solução, visto que as últimas licitações realizadas sagraram-se desertas, ou seja, não houve interessados em participar do certame.

Credenciamento de Administradora de Benefício: Procedimento auxiliar, pelo qual a Administração credencia interessados, segundo condições previamente definidas e divulgadas, através de edital de chamamento público, para posteriormente, proceder a uma contratação direta por inexigibilidade



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



de licitação culminando com a formalização de Termo de Acordo. A possibilidade de que seja firmado o acordo de parceria com o maior número possível de Administradoras de Benefícios interessadas inviabiliza a competição, tornando fática a inexigibilidade da licitação, nos termos do art. 25, caput, da Lei nº 8.666/1993.

O chamamento público adota procedimentos claros, objetivos, simplificados e, sempre que possível, padronizados e o Credenciamento atende a diversos princípios norteadores, como o caráter competitivo, a moralidade, a impessoalidade, a legalidade e julgamento objetivo. Deverá ocorrer com todas as entidades que demonstrem interesse em executar o objeto e preencham as condições de habilitação, de modo a proporcionar ao empregado a escolha da instituição que melhor atenda a seus interesses.

O credenciamento caberá quando a Administração Pública estiver disposta a celebrar acordo de parceria com todas as entidades que demonstrarem interesse em executar objeto por ela delimitado, sem que a escolha de uma entidade privada implique em prejuízo de outra(s).

O Credenciamento de Administradora de Benefícios propicia aos empregados alternativas de escolha para a contratação de planos privados coletivos empresariais com preços mais competitivos que os praticados no mercado. Registra-se que o Termo de Acordo não gera obrigações de natureza financeira entre o CRM-DF e a operadora selecionada, sendo permitido apenas a disponibilização à administradora credenciada de informações e dados cadastrais dos beneficiários, desde que não se encontrem resguardados por sigilo, para a divulgação da carteira de benefícios junto aos pretensos beneficiários.

Ademais, destaca-se que apesar de não ser um procedimento previsto expressamente na legislação, o credenciamento é reconhecido como válido pela própria jurisprudência do TCU e pela doutrina.

Ressalta-se que a adesão dos beneficiários aos planos estipulados pela administradora de benefícios é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos empregados os compromissos assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

Nesse ponto, cabe informar que o CRM-DF, já disponibiliza aos seus empregos e dependentes os serviços de saúde suplementar por meio do Termo e Acordo firmado com a Extramed Administradora de Benefícios, conforme quadro constante do item 6 deste ETP.

Após análise das possibilidades de contratação da prestação de serviço de saúde suplementar aos funcionários do CRM-DF e seus dependentes, concluímos que a melhor solução é a continuidade do modelo adotado hoje em dia, que é o Credenciamento de Administradoras de Benefícios, com vistas a assinatura de Termo de Acordo. O modelo de parceria com planos coletivos empresariais de assistência à saúde propicia a redução dos preços dos planos ofertados, o acesso do empregado a planos de saúde com preços mais competitivos que os praticados no mercado, a oferta de planos de saúde de mais de uma operadora, possibilitando a liberdade de escolha dos beneficiários por aquele que melhor atenda suas necessidades.

Por fim, vale ressaltar que é recorrente na Administração Pública o Credenciamento de Administradoras de Benefícios devidamente autorizadas pela ANS com vistas a celebração de Termo de Acordo para a oferta de assistência à saúde suplementar para seus servidores e dependentes, tais como:

- Edital de Credenciamento nº 01/2021 – AGU/DF;
- Edital de Credenciamento nº 02/2021 – Ministério da Justiça e Segurança Pública;
- Edital de Credenciamento nº 01/2020 – Ministério da Educação – Secretaria Executiva;
- Edital de Chamada Pública para Credenciamento nº 03/2020 – CAU-MG;
- Edital de Credenciamento nº 01/2021- CRECI-RS;

- Edital de Credenciamento nº 001/LALI-3/SEDE/2019 – Infraero.

5. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

Credenciamento de empresas devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como operadora na modalidade Administradora de Benefícios, com o fim de celebrar Termo de Acordo, objetivando disponibilizar ofertas de Plano de Assistência à Saúde na modalidade coletivo empresarial, com, no mínimo 1 (um) plano de saúde que assegure a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, com cobertura nacional, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria e/ou apartamento individual, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a ser prestada aos funcionários ativos e inativos, incluindo seus dependentes, do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, para cobertura, em todo território nacional, de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

Forma de execução dos serviços:

As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos da ANS e nas demais normas vigentes.

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

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

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

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

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

Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) Quimioterapia ambulatorial;
- c) Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) Hemoterapia ambulatorial;

- e) Cirurgia oftalmológica ambulatorial, assim caracterizada pela inexistência de suporte anestésico;
- f) Tratamento fisioterápico; e,
- g) Tratamento fonoaudiológico.

O tratamento de transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 211/2010 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangerão:

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

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

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

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

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

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

Diária de internação hospitalar.

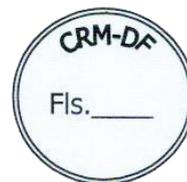
Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação.

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

Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas como evento médico.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cirurgias plásticas reparadoras, quando necessárias à recuperação das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do Contrato e aquelas

necessárias à correção de lesão, decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna, que tenha se manifestado após a data de adesão do beneficiário e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.

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

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

- ✓ Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓ Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- ✓ Hemoterapia;
- ✓ Nutrição parenteral ou enteral;
- ✓ Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- ✓ Embolizações e radiologia intervencionista;
- ✓ Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- ✓ Fisioterapia;
- ✓ Próteses intra-operatórias;
- ✓ Material de osteossíntese, tal como: placas, parafusos e pinos;
- ✓ Transplantes de rins, córneas e medula óssea serão cobertos com o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio; despesas assistenciais com doadores vivos; medicamentos utilizados durante a internação, inclusive os de uso regular, exceto medicação de manutenção; a partir da alta, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- ✓ Procedimentos obstétricos; e
- ✓ Acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea, rim e medula óssea, exceto medicação de manutenção.

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

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

Os serviços incluem:

- inclusão e reinclusão dos beneficiários nos planos de assistência à saúde;
- desligamento dos beneficiários do plano de assistência à saúde;
- atendimentos de urgência e emergência;
- reembolso nos moldes fixados pela operadora;
- remoção, e demais serviços pertinentes.

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

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

- PLANO ESPECIAL - compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante.

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

A rede credenciada de atendimento disponibilizada pela Administradora de Benefícios aos beneficiários para a prestação dos serviços de assistência médica deverá ser oferecida por, no mínimo, 1 (uma) Operadora contratada pela Administradora de Benefícios e deverá contemplar cobertura em todo o território nacional.

A Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos funcionários deste Conselho (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos.

Manter a rede credenciada em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

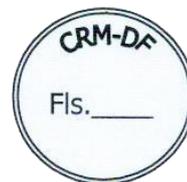
6. ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS

QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DEMOGRAFICA DE TITULARES E DEPENDENTES - PLANO DE SAÚDE POR REGIÃO DE UTILIZAÇÃO.

TITULAR Total: 5	DEPENDENTES Total: 9	GUARÁ Total: 14
TITULAR Total: 5	DEPENDENTES Total: 5	ÁGUAS CLARAS Total: 10
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total: 0	VICENTE PIRES Total: 1
TITULAR	DEPENDENTES	ASA SUL



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



Total: 1	Total: 0	Total: 1
TITULAR Total: 4	DEPENDENTES Total: 5	TAGUATINGA Total: 9
TITULAR Total: 4	DEPENDENTES Total: 2	CEILÂNDIA Total: 6
TITULAR Total: 4	DEPENDENTES Total: 7	MANGUEIRAL Total: 11
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total:	LAGO SUL Total: 1
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total: 1	LAGO NORTE Total: 2
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES -	SOBRADINHO Total: 1
TITULAR Total: 2	DEPENDENTES Total: 4	SAMAMBAIA Total: 6
TITULAR Total: 2	DEPENDENTES Total: 1	SETOR SUDOESTE Total: 3
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES -	CRUZEIRO Total: 1
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total: 3	CANDANGOLÂNDIA Total: 4
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total: 1	NÚCLEO BANDEIRANTE Total: 2
TITULAR Total: 1	DEPENDENTES Total: 2	GAMA Total: 3
TITULAR Total: 3	DEPENDENTES Total: 4	RIACHO FUNDO Total: 7
TITULAR Total: 4	DEPENDENTES Total: 6	VALPARAÍSO E CÉU AZUL - GO Total: 10
TITULAR Total: 1	CIDADE OCIDENTAL - GO – TOTAL: 1 DEPENDENTES -	CIDADE OCIDENTAL - GO Total: 1

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA (*)

Faixa Etária	Titulares e Dependentes		Total
	Masculino	Feminino	
0 a 18	13	8	21
19 a 23 anos	4	2	6
24 a 28 anos	2	4	6
29 a 33 anos	0	4	4
34 a 38 anos	6	6	12
39 a 43 anos	9	9	18
44 a 48 anos	4	3	7
49 a 53 anos	4	6	10
54 a 58 anos	2	1	3
59 anos ou mais	1	4	5
Total Geral	45	47	92

Atualizado em 04/05/2022 (*)

7 – ESTIMATIVAS DE PREÇOS OU PREÇOS REFERENCIAIS

Inexiste a indicação de recursos orçamentários e financeiros provenientes do CRM-DF a serem repassados diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade exclusiva do servidor.

O pagamento será realizado mediante autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança na hipótese anterior.

Dessa forma, não há que se fazer pesquisa de mercado.

8. JUSTIFICATIVA PARA O PARCELAMENTO OU NÃO DA SOLUÇÃO

Não se aplica.

9. CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES

Não se verifica contratações correlatas nem interdependentes para a viabilidade e contratação desta demanda.

10. ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO

A presente contratação encontra respaldo institucional, conforme previsto nos projetos de trabalho e orçamento devidamente aprovados em sessão plenária pelos Conselheiros do órgão.

11. RESULTADOS PRETENDIDOS

Disponibilização de planos de saúde para prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, aos funcionários do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF e seus dependentes diretos.

12. PROVIDÊNCIAS PARA ADEQUAÇÃO DO ÓRGÃO

Não se vislumbra necessidades de tomada de providências de adequações para a solução a ser contratada e o serviço prestado.

13. DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

Os estudos preliminares evidenciaram que a contratação da solução descrita no item 5 mostra-se possível economicamente, tecnicamente e fundamentadamente necessária. Diante do exposto, declara-se ser viável a contratação pretendida.

14. RESPONSÁVEIS

Brasília, 18 de abril de 2022

WELLINGTON DOGLAS SOUZA TENÓRIO
Chefe do DEADM

EVALDO LIMA DA COSTA JÚNIOR
Chefe do Departamento de Recursos Humanos

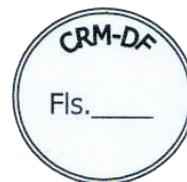
LAURA T. C. DE MENDONÇA AVIANI
Setor de Compras e Licitações

À consideração da senhora Presidente com vista à aprovação deste ETP:

Considerando que este Estudo Técnico Preliminar possui todos os elementos indispensáveis para a realização do certame, conforme os termos do Decreto 10.024/2019, da IN 05/2017, e demais legislações pertinentes,



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



Considerando que é atribuição da autoridade competente aprovar o Estudo Técnico Preliminar das contratações,

APROVO este Estudo Técnico Preliminar, que deverá ser anexado ao Termo de Referência.

Brasília-DF, 18 de abril de 2022

MARCELA AUGUSTA MONTANDON GONÇALVES

Presidente

**ANEXO II
DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA (*)**

Faixa Etária	Titulares e Dependentes		Total
	Masculino	Feminino	
0 a 18	13	8	21
19 a 23 anos	4	2	6
24 a 28 anos	2	4	6
29 a 33 anos	0	4	4
34 a 38 anos	6	6	12
39 a 43 anos	9	9	18
44 a 48 anos	4	3	7
49 a 53 anos	4	6	10
54 a 58 anos	2	1	3
59 anos ou mais	1	4	5
Total Geral	45	47	92

Atualizado em 04/05/2022 (*)



**ANEXO III
DECLARAÇÃO**

A empresa, CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade nº e do CPF nº, sediada(endereço completo), DECLARA, sob as penas da lei que:

1. Está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no edital.
2. Até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.
3. Para fins do disposto no inciso V, do artigo 27, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;
4. Não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV, do artigo 1º, e no inciso III, do artigo 5º, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

Brasília-DF, xx de xxxxxxxx de 2022.

(nome e número da identidade do declarante)

**ANEXO IV
MINUTA DE TERMO DE ACORDO**

TERMO DE ACORDO Nº 1/2022

**TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL E A
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS
..... PARA A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR AOS
FUNCIONÁRIOS DO CRM-DF, NA FORMA
ABAIXO:**

**O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
DISTRITO FEDERAL**, entidade de fiscalização da profissão médica, autarquia pública, criado pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, com sede no SIG Quadra 1, Lote 985, Centro Empresarial Parque Brasília, Sala 202, Zona Industrial, Brasília-DF, CEP 70610-410, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 03.495.116/0001-37, neste ato representado pelo seu Presidente, **Dra. MARCELA AUGUSTA MONTANDON GONÇALVES**, brasileira, médica, inscrita no CPF nº xxxxxxxxxx, portador da Carteira de Identidade nº xxxxxxxxxx - SSP/xx, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado a _____ - **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS**, inscrita no CNPJ sob o nº xxxxxxxx, com sede no xxxxxxxx, representada pelo(a) Sr.(a) xxxxxx, brasileiro, (profissão), portador da Carteira de Identidade nº xxx e do CPF nº xxxxxxxxxxxx, residente e domiciliado em Brasília-DF, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que consta no Processo nº XXXX, com fundamento no artigo 116, da Lei nº 8.666/93, têm, entre si justo e convencionado o que segue:

CONSIDERANDO o interesse do **CRM-DF** em efetivar parcerias necessárias para a implementação das políticas de atenção à saúde dos seus funcionários e seus respectivos dependentes;

CONSIDERANDO que a _____ - **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, como Administradora de Benefícios e que está autorizada, nos termos da Resolução Normativa n.º 196/2009, a estipular planos privados coletivo, assumindo o risco financeiro da operação; e

CONSIDERANDO ainda que a celebração de Termos de Acordos de Parcerias encontra fundamento no art. 116, da Lei n.º 8.666/93.

Resolvem assinar o presente Acordo de Parceria com as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

- 1.5** O presente Termo de Acordo tem por objeto o Credenciamento de empresas devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar como Administradora de Benefícios com a finalidade de disponibilizar Plano de Saúde Suplementar aos empregados do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, ativos,

inativos e dependentes legais, com no mínimo 1 (um) plano e saúde com abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermagem e/ou apartamento individual, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com garantia de atendimento de urgência e emergência em todo território nacional de atendimentos médico-hospitalares, ambulatoriais, através de Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas Especializadas, Laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições, conforme especificações técnicas constantes do Edital de Chamamento Público nº 1/2022 e seus Anexos.

- 1.2 Para o alcance do objeto pactuado, os partícipes obrigam-se a cumprir o Plano de Trabalho especialmente elaborado e que passam fazer parte integrante deste Termo de Acordo, independente de transcrição.
- 1.3 Este instrumento de Acordo guarda inteira conformidade com os termos do **Edital de Chamamento Público nº 01/2022**, Processo nº **xx.2022**, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

- 2.1 Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, as partes se propõem a cumprir as seguintes obrigações:
 - 2.1.1 **Obrigações do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL – CRM-DF:**
 - a) Colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários qualificados no objeto do presente Termo de Acordo **que não se encontrem resguardados por sigilo**, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
 - b) Permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
 - c) Permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede do **CRM-DF**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos Beneficiários sobre os procedimentos para utilização e as normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo;
 - d) Acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordo(s) objetos do presente Projeto Básico que consistem na verificação da conformidade da

prestação dos serviços de acordo com as exigências e obrigações pactuadas, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste; e,

- e) Creditar na folha de pagamento, de cada funcionário, o percentual pertinente ao pagamento do Plano de Saúde de responsabilidade do CRM-DF a título de auxílio saúde, conforme estipulado em Acordo Coletivo.

2.1.2 Obrigações da _____ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

- a) Apresentar aos funcionários do CRM-DF, no mínimo **1 (uma)** operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;
- b) Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere a:
 - e) Negociação de reajuste;
 - f) Aplicação de mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e
 - g) Alteração de rede assistencial.
- c) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do CRM-DF;
- d) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo, na legislação e na proposta de adesão;
- e) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao CRM-DF e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- f) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- g) Assegurar aos beneficiários a prestação dos serviços, e na superveniência de fatos imprevisíveis, envidar esforços para a substituição da operadora contratada, evitando a descontinuidade do atendimento aos usuários;
- h) Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, por conta e ordem dos beneficiários, na forma especificada na Proposta de Adesão dos Beneficiários, e responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços às operadoras;

- j) Informar aos beneficiários sempre que houver reajuste e/ou modificação dos valores dos planos disponibilizados pelas operadoras de plano de saúde contratadas;
- k) Elaborar pesquisas de satisfação junto aos beneficiários;
- l) Informar mensalmente ao Setor de Recursos Humanos do CRM-DF as exclusões de beneficiários titulares e dependentes;
- m) Intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos, comunicando posteriormente o CRM-DF;
- n) Disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- o) Comunicar, com antecedência mínima de 30 dias, alteração da condição de dependência dos beneficiários filhos, enteados e menor sob guarda quando atingirem a idade limite de 21 anos ou 24 anos para estudantes;
- p) As administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, cujo fluxo de informações médicas relativas à assistência aos beneficiários titulares e dependentes, deverá ficar sob a responsabilidade de profissional médico devidamente registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, especialmente designado para este fim, de acordo com a Resolução - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001;
- q) As administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- r) Emitir relatórios gerenciais, quando solicitado pela Coordenação de Recursos Humanos do CRM-DF;
- s) Manter, enquanto durar o acordo, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas por ocasião da realização de inspeções;
- t) Comunicar ao fiscal do Termo de Acordo, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas;
- u) Acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os servidores, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada;
- v) Executar, quando solicitado pelo CRM-DF, ações de saúde preventiva, bem como de qualidade de vida dos servidores e de seus dependentes, sem ônus financeiro para este Conselho;

2.1.3 Obrigações das OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE:

- a) Oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- b) Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser efetuado de acordo com as tabelas praticadas pelas operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- c) Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratada pela Administradora de Benefício os seguintes documentos:
 - I. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
 - II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;
 - III. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e
 - IV. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.
- d) Zelar pela boa e fiel execução dos serviços ofertados;
- e) Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadmissíveis, os seriados e os de emergência, desde que solicitados de acordo com a legislação vigente e durante a vigência contratual;
- f) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, a 1ª via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
 - f.1) Caso seja necessária a emissão de 2ª via da carteira de identificação, será cobrada uma taxa a ser definida pela operadora.
- g) Fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos, por meio digital ou físico, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros

Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

- h) Manter credenciado o quantitativo de profissionais, hospitais e consultórios apresentados no momento da celebração do contrato com a Administradora de Benefícios;
- i) Fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- j) Assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infectocontagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- k) Deverá possuir a facilidade “**disque 24 horas**”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.
- l) Informar, por meio de carta (digital e/ou física), aos beneficiários sobre inadimplências e eventuais cancelamentos, com antecedência.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Serão considerados Beneficiários do Plano de Assistência à Saúde decorrente da assinatura deste **Termo de Acordo**, todos os funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados), estes últimos, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio, conforme Resolução Normativa da ANS nº 479, de 24 de novembro de 2011 e os funcionários de cargos comissionados do CRM-DF e seus dependentes legais.

3.2 Serão considerados beneficiários dependentes:

- a) O cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) Os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade, os incapacitados para o trabalho, inválidos ou interditados por alienação mental, sem limite de idade, devidamente comprovado por junta médica oficial;
- e) Os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

- f) Os filhos e enteados, a partir de 24 anos até o limite de 29 anos, 11 meses e 29 dias, desde que o beneficiário titular do plano de saúde arque com 100% (cem por cento) do valor contratado;
- g) O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

3.3 A adesão dos funcionários é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos mesmos os compromissos de pagamento assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de assistência à saúde escolhido.

3.4 A cobrança das mensalidades no plano de assistência à saúde será realizada mediante os meios de pagamento disponibilizados pela _____ **ADMINISTRADORA** e previamente indicada e autorizada pelo funcionário beneficiário na Proposta de Adesão aos planos de assistência à saúde escolhido.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

4.1 O prazo de vigência do credenciamento será indeterminado, podendo as empresas interessadas entrarem em contato com o CRM-DF, com a devida apresentação da documentação descrita no edital e neste Projeto, a qualquer momento.

4.2 O prazo de vigência do Termo de Acordo assinado com a Administradora de Benefício, terá validade de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por até 60 (sessenta) meses.

4.3 O CRM-DF convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Termos de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para tal, sob pena de decair do direito ao credenciamento, no caso de descumprimento desse prazo fixado.

4.3.1 O prazo estabelecido no subitem 4.3 para assinatura do Termo de Acordo poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pela Administradora de Benefícios durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e devidamente aceito pelo CRM-DF.

4.4 Após o encerramento dos 5 (cinco) anos, as Administradoras de Benefícios que já atuavam no CRM-DF, poderão assinar novo Termo de Acordo, desde que apresentada novamente a documentação estabelecida neste Projeto Básico.

5. CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO PARA INÍCIO DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

5.1 Após assinatura do(s) Termo(s) de Acordo, as empresas possuem até 5 (cinco) dias úteis para iniciar o oferecimento da prestação dos serviços aos servidores do CRM-DF.

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

6.1 Respeitadas às disposições da legislação em vigor, os preços dos planos contratados pelos beneficiários do CRM-DF poderão ser objeto de reajuste, observado o interregno mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com a variação dos custos médicos e hospitalares, e outras

despesas operacionais da operadora, bem como a taxa de sinistralidade, quando a referida taxa ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

- 6.2 A iniciativa revisional cabe à contratada, cujo pedido deverá demonstrar analiticamente a elevação dos custos através de planilhas e documentos comprobatórios.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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

- a) Advertência por escrito;
- b) Suspensão temporária do direito de participar de licitação e impedimento de contratar com o CRM-DF, pelo prazo de até 2 (dois) anos;
- c) 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;
- d) Multa de mora no percentual correspondente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento), calculada sobre o valor global dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculados à(s) operadora(s), do Plano de Saúde, por ventura, inadimplente(s), indicada(s) pela Administradora de Benefícios credenciada, por dia de inadimplência, até o limite de 15 (quinze) dias úteis, caracterizando inexecução parcial;
- e) Multa compensatória no valor de 5% (cinco por cento), calculada sobre o montante dos recursos correspondentes ao total de beneficiários vinculado à(s) operadora(s) do Plano de Saúde indicada (s) pela Administradora de Benefícios credenciada, no caso de inexecução total dos serviços;

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

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

- 7.4 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

- 8.1 Este **TERMO DE ACORDO** poderá ser rescindido de pleno direito, a qualquer tempo, pela desistência de um dos signatários ou pela superveniência de norma legal, que o torne material ou formalmente inexecuível, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, ou, ainda sobrevivendo caso fortuito ou de força maior, idem

com relação a justo motivo, inclusive na hipótese de inexecução total ou parcial de qualquer de suas cláusulas e condições.

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

CLÁUSULA NONA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DO PAGAMENTO

- 9.1 Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pelo **Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF** para a execução deste **TERMO DE ACORDO**, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para o **CRM-DF** decorrente da adesão de seus funcionários aos planos de assistência à saúde estipulados pela _____ **ADMINISTRADORA**.
- 9.2 O pagamento será realizado mediante consignação em folha ou autorização de débito na conta corrente indicada no ato de adesão pelo beneficiário, ou mediante boleto bancário, quando não for possível a cobrança nas hipóteses anteriores.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

- 10.1 O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF realizará o acompanhamento da execução das metas propostas para os serviços prestados aos beneficiários, bem como fará o monitoramento do atendimento, por meio de relatórios gerenciais que deverão ser apresentados conforme exigências constantes do Projeto Básico - Anexo I, devendo as ocorrências ser registradas em relatórios anexados ao processo do(s) credenciado(s).
- 10.2 O acompanhamento e a fiscalização da execução do Plano de Saúde consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos pelo funcionário **IVALDO LIMA DA COSTA JÚNIOR** e em sua ausência pelo funcionário Wellington Douglas Souza Tenório, especialmente designados na forma dos artigos 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlata.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

- 11.1 O presente **TERMO DE ACORDO** será publicado, por extrato no Diário Oficial da União, a expensas do CRM-DF até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

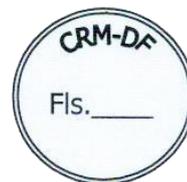
- 12.1 O presente **TERMO DE ACORDO** é aceito pelo **Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF** em caráter de não exclusividade sendo dispensado o procedimento licitatório em função de não existir desembolso de recursos públicos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

- 13.1 Os signatários elegem o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal como único foro competente para dirimir as questões e dúvidas porventura oriundas do presente **TERMO DE ACORDO**, que não possam ser dirimidas administrativamente.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL



13.2 E por estarem justos e acordados, firmam os signatários em 3 (três) vias de igual teor e forma na presença de 2 (duas) testemunhas.

Brasília-DF, XX de maio de 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
MARCELA AUGUSTA MONTANDON GONÇALVES
Presidente

XXXXX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS
Representante Legal

TESTEMUNHAS

DO CRM-DF:

DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

NOME:

CPF:

RG:

NOME:

CPF:

RG: