



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2014

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF, CNPJ nº 03.495.116/0001-37, por intermédio da Comissão Especial, torna público as inscrições para credenciamento de Administradoras de Benefícios para a celebração de **TERMO DE ACORDO**, com o objetivo de disponibilizar o oferecimento de planos de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 1 (uma) operadora de plano de assistência médica registrada na ANS, aos funcionários 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, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada pelas Resoluções nºs 67 e 81, de 2001), pela Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010, pelas Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de acordo com as regras estabelecidas neste Edital e seus anexos e no processo de nº 04.2014.

1. DO OBJETO

1.1 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 de, **no mínimo com 1 (uma) operadora de plano de assistência médica**, visando a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos realizados no país, com padrão de enfermagem e 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, aos funcionários ativos e inativos do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF e seus Dependentes legais, com cobertura em todo território nacional, conforme especificações técnicas constantes do Projeto Básico, Anexo I deste Edital.

1.2 Os serviços descritos no subitem 1.1 deverão atender ao disposto na Lei 9.656 de 1998, no Acordo Coletivo de Trabalho, registrado no Ministério de Trabalho e Emprego sob o nº DF 000554/2013, em 22 de agosto de 2013, observadas as coberturas e regulações estabelecidas nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especialmente as Resoluções Normativas nºs 167 de 09 de janeiro de 2008, 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, 196 de 14 de julho de 2009 e RN 211/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 indicados, será realizada a abertura dos envelopes.

DATA LIMITE: 01/04/2014

HORA: 14h.

LOCAL: Sede do CRM-DF, sito ao SRTVS Quadra 701 Centro empresarial Assis Chateaubriand, Bloco 2, Salas 301/314 – Brasília-DF

2.2 A entrega dos envelopes poderá ocorrer a partir da data de publicação do edital, até a data da abertura dos envelopes.

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

3. PLANOS A SEREM OFERTADOS

3.1 Os planos a serem ofertados deverão compreender as coberturas descritas no Projeto Básico - Anexo I.

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 Servidor Público, conforme previsto no subitem anterior, as mesmas deverão ocorrer impreterivelmente, até 24 horas antes da abertura do Credenciamento.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.

4.1.2.1 As Administradoras não cadastradas no SICAF, e que tiverem interesse em participar desta Licitação, deverão providenciar o seu cadastramento e sua habilitação junto a qualquer Unidade Cadastradora dos Órgãos da Administração Pública, até o terceiro dia útil anterior a 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.

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

4.1.4 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.

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.

5.1.4 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).

5.2 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

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

5.2.3.1 Confirmação da regularidade da habilitação da licitante no SICAF, mediante consulta via “on line” no ato da abertura do certame.

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

5.3 Para Habilitação Econômico Financeira a Administradora de Benefícios deverá apresentar os seguintes documentos:

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

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 As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices referidos no subitem 5.3.1 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, tomando como base a variação ocorrida no período do ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DISPONIBILIDADE INTERNA – IGP-DI, publicado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, ou de outro indicador que o venha a substituir.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

5.4.1 Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da empresa Administradora de Benefícios, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços compatíveis e pertinentes com os do objeto do presente credenciamento.

5.4.1.1 Para efeito de julgamento serão considerados como similar ou compatíveis os atestados apresentados pela Administradora, que comprovem no individual ou somatório ter prestado serviços em quantidades iguais ou superiores a 50% (cinquenta por cento) da estimativa de beneficiários previstos para este Credenciamento.

5.4.2 Declaração da empresa Administradora de não possuir em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 14 (quatorze) anos em qualquer tipo de trabalho.

5.4.3 Declaração de inexistência de fato impeditivo de sua habilitação, assinada por sócio dirigente, proprietário ou procurador da Administradora, devidamente identificado.

5.4.4 Declaração de que não está sob pena de interdição temporária de direitos de que trata o art. 10 da Lei nº 9.605, de 12/02/98.

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

5.4.6 Declaração de, no mínimo, 5 (cinco) 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.

5.4.7 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 – CRM-DF.

5.4.7.1 As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras, deverão estar regular perante a ANS, sem qualquer indício de anormalidades econômico-financeiras e administrativas que coloquem em risco a continuidade de atendimento dos seus beneficiários, sob pena de inabilitação.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

5.4.8 Apresentar juntamente com a habilitação propostas de preços dos Planos de Saúde ofertados, de no mínimo, de 1 (uma) operadora de planos de saúde conveniadas com a Administradora de Benefícios contemplando as coberturas constante deste Termo, feitas especialmente para o CRM-DF.

5.4.8.1 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.

5.4.9 Declaração comprometendo-se a comprovar no momento da assinatura do Termo de Acordo que a Rede Credenciada de, no mínimo, 01 (uma) operadora de assistência médica, atende às exigências do item 15 do Projeto Básico.

5.4.10 Comprovante de inscrição na Agência Nacional de Saúde – ANS.

5.4.11 Comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina do DF.

5.4.12 Certidão expedida pela ANS de que a Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 3º trimestre de 2013, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203/2009.

5.4.13 Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução - RDC ANS nº 64/2001, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários.

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

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 com documentos seqüencialmente e numerados em suas respectivas folhas.

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 contendo as seguintes informações:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

**DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO – PLANO DE SAÚDE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL –CRM-DF
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 1/2014**

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

6.3 Não será aceito credenciamento extemporâneo ou condicional.

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

7. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO

7.1 Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar este Edital de credenciamento, nos termos do art. 41 e seus parágrafos da Lei 8.666/93.

7.2 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 a 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 pela 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 SRTVS Quadra 701 Centro Empresarial Assis Chateaubriand, bloco 2, salas 301/314, em 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, com vigência de 12 meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por mútuo acordo entre as partes, mediante termo aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo VI, a qual será adaptada à proposta da empresa vencedora.

11.2 O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento, para assinar o do Termo de Acordo, no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar do recebimento da notificação para comparecer à Administração, sob pena de decair do direito ao credenciamento.

SRTVS 701 – Centro Empresarial Assis Chateaubriand Bloco II salas 301-314 Brasília-DF CEP.: 70340-906

Telefone.: (061) 322-0001/Fax.: 226-1312

E-mail.: crmdf@crmdf.org.br



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 Inexiste dotação orçamentária, pois não há desembolso financeiro nem exclusividade na contratação, sendo permitido ao CRM/DF a contratação de quantas Administradoras de Benefícios que satisfaçam os requisitos de habilitação do Edital e, em consoante ao atendimento dos interesses desta Administração.

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 ser 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 e da alocação dos recursos necessários, 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 DESCREDENCIAMENTO

14.1 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:

14.1.1 advertência por escrito;

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

14.2 Suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano.

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

14.4 As sanções previstas nos subitens 14.1.1 e 14.1.2 poderão ser aplicados concomitantemente com as dos subitens 14.2.e 14.3, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir de sua ciência.

14.5 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.

15. DA REVOGAÇÃO DO EDITAL DE CONVOCAÇÃO PÚBLICA

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

16. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

16.3 A inexistência de afirmativas, declarações falsas ou irregulares em quaisquer documentos, ainda que verificada posteriormente, será causa de eliminação do interessado do processo de credenciamento, anulando-se a inscrição, bem como todos os atos dela decorrentes, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, cível ou criminal.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

16.5 Os casos omissos serão dirimidos, sucessivamente, pela Comissão Especial de Credenciamento, localizada SRTVS Quadra 701 centro empresarial Assis Chateaubriand, bloco 2, salas 301/314 fone (61) 3322-0001 – R 228, ou pelo endereço eletrônico compras@crmdf.org.br.

16.6 Integram o presente Edital os Anexos I, II, III, IV, V e VI.

16.7 É facultada à Comissão Especial de Credenciamento - CEC ou à autoridade competente, em qualquer fase do credenciamento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar do mesmo desde a realização da sessão pública.

Brasília-DF, 13 de março de 2014

MARCO ANTÔNIO MEDEIROS E SILVA
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

1. DO OBJETO

Credenciamento de empresas para atuarem como Administradora de Benefícios, objetivando disponibilizar planos coletivos empresariais de assistência à saúde suplementar de, no mínimo 1 (uma) operadora de planos de assistência médica devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, objetivando a prestação de serviços 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 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, aos funcionários do CRM-DF e seus dependentes legais, com cobertura nacional, contemplando atendimentos disciplinados pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, pela Resolução nº 10, de 3 de novembro de 1998 (alterada pelas Resoluções nºs 67 e 81, de 2001), pela Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010, pelas Resoluções nºs 11 e 12, de 3 de novembro de 1998, pela Resolução nº 195, de 14 de julho de 2009 (alterada pela Resolução nº 200, de 13 de agosto de 2009), e pela Resolução nº 196, de 14 de julho de 2009, todas da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, e orientações e especificações técnicas constantes neste Projeto Básico.

II– DA CONCEITUAÇÃO

Para fins deste documento, considera-se:

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

2.2 BENEFICIÁRIO TITULAR – Funcionários ativos e funcionários inativos (aposentados).

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

2.4 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

2.5 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.

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

2.7 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.

2.8 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.

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

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

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

2.12 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – Empresa responsável pela prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 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.

III DOS BENEFICIÁRIOS

3.2 São considerados beneficiários titulares:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

3.2.1 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.

3.3 São considerados beneficiários dependentes:

3.3.1 Cônjuge ou companheiro(a) de união estável;

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

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

3.3.4 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;

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

3.3.6 o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos itens 3.3.4. e 3.3.5;

3.3.7 a existência do dependente constantes nos itens 3.3.1 e 3.3.2 inibe a obrigatoriedade da assistência à saúde do dependente constante do item 3.3.3.

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

4.1 A inclusão dos funcionários ativos do CRM-DF, funcionários inativos (aposentados), e os dependentes de todos os funcionários, 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.

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

4.3. Os funcionários ativos e inativos (aposentados) 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 6.3.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

4.4. Os funcionários ativos após a data a que se refere o subitem 4.3, disporão do prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contado da data em que entrarem em exercício, para solicitarem a sua inclusão e dos seus dependentes, se for o caso, nos Planos de Assistência à Saúde apresentados pelas Administradoras de Benefícios credenciadas pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, mediante manifestação expressa junto à Administradora de Benefícios. Após este prazo, os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas no subitem 6.3.

4.5 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 **6.3**.

4.6 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.

4.7 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 **6.3**.

4.8 Fica sujeita a carência prevista no subitem **6.3** à reinclusão de usuários, de qualquer natureza, cuja exclusão tenha sido solicitada por funcionários do CRM-DF.

4.9 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.

4.10 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 partirdo 1º dia do 2º mês subsequente.

4.11 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

21º ao 30º dia

a partir do 1º dia do 2º mês subsequente.

4.12 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.

V- DO DESLIGAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1 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.

5.2. 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.

5.3. Ressalvadas as situações previstas no item 5.1. a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos funcionários ativos e aposentados do CRM-DF, 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.

5.4. É de responsabilidade dos funcionários ativos e inativos (aposentados) 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.

5.5. 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.

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

VI- DA CARÊNCIA

6.1 Para os beneficiários incluídos dentro dos prazos estipulados no item IV não será exigido cumprimento de nenhum prazo de carência.

6.2 Também não poderá ser exigida carência em situações de urgência e emergência, ocorridas dentro de prazo de cumprimento de carência.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

6.3 Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos de isenção previstos no item IV, 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;
- b) partos a termo: 300 (trezentos) dias;
- d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

VII- DOS BENEFÍCIOS

7.1 As operadoras de plano 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.

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

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

7.2.2 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.

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

7.2.4 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.

7.3 Cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais:

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

7.4 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:

7.4.1 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.

7.4.2 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.

7.4.3 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.

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

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

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

7.5.3 Diária de internação hospitalar.

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

7.5.5 Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

7.5.7 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.

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

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

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

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

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

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

7.5.14 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

7.5.15 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.

7.5.16 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.

7.5.17 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.

7.5.18 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.

7.5.19 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.

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

- ✓ Hemodiálise e diálise 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- ✓ 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.

7.5.21 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.

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

VIII- DAS EXCLUSÕES

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

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

8.2.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

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

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

8.2.4 Cirurgia plástica estética de qualquer natureza.

8.2.5 Inseminação artificial.

8.2.6 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

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

8.2.9 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

8.2.10 Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados.

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

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

8.2.13 Aplicação de vacinas preventivas;

8.2.14 Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

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

8.2.16 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

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

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

IX - DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

9.1 Atendimentos de Emergência e Urgência conforme a seguir descritos:

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

9.1.2 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.

9.1.3 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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

9.1.3.1 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;

9.1.3.2. 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.

X – DO REEMBOLSO

10.1 Será assegurado o reembolso dos valores de correntes 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:

10.1.1. 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.

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

10.1.3. 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.

10.1.4 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.

10.2 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:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

10.2.1 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.

10.2.2 Recibos de pagamento dos honorários médicos.

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

10.2.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

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

XI – DA REMOÇÃO

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

11.2. 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:

11.2.1. 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;

11.2.2. 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.

11.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 9.1.3.2 a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

XII – DAS ACOMODAÇÕES



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

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

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

12.2. 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.

12.4. A Administradora de benefícios poderá ofertar planos superiores ao previsto no subitem 12.1 deste Projeto Básico.

XIII– REDE CREDENCIADA

13.1 A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio, nas dependências do Edifício sede do CRM-DF, por um período mínimo de 10 (dez) dias, visando facilitar a coleta das propostas de adesão.

13.2 Após o prazo acima fixado, 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.

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

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

XIV– OBRIGAÇÕES DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

14.1 São 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- b) Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, os aspectos operacionais para a prestação dos serviços de assistência à saúde, especialmente no que se refere ao reajuste das mensalidades;
- 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;
- 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 Planos de medicina preventiva, disponibilizados pelas operadoras conveniadas para a prestação dos serviços de assistência à saúde;
- i) Efetivar a cobrança dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial, 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 os beneficiários sempre que houve 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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.

XV – OBRIGAÇÕES DAS OPERADORAS

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

15.1.1 Caberá às Operadoras conveniadas pelas Administradoras de Benefícios, além das responsabilidades resultantes do Termo de Acordo, cumprir os dispositivos da Lei 9.656/98, 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;
- b) o pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.
- c) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, 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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;

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

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

II. Recibos de pagamento dos honorários médicos;

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

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

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

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

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

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

i) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos, por meio magnético 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);

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- k) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- l) assegurar os serviços para atendimento a qualquer tipo de doença, inclusive as preexistentes, as congênitas, as infecto-contagiosas, como também o tratamento de moléstias decorrentes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e suas complicações;
- m) deverá possuir a facilidade “**disque 24 horas**”, para os esclarecimentos que se fizerem necessários aos beneficiários.

XVI – OBRIGAÇÕES DO CRM/DF

16.1 São obrigações do CRM/DF:

- a) colocar à disposição da Administradora de Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários **que não se encontrem resguardados por sigilo**, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;
- b) permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos planos de saúde junto aos beneficiários, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios acesso às dependências do edifício sede do **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) o acompanhamento e a fiscalização da execução dos Termos de Acordos objetos do presente Projeto Básico 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) Debitar em folha de pagamento o valor referente à parte do funcionário no custeio do plano de saúde e repassar à Administradora de Benefício.

XVII – DO REAJUSTE



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

19.1 Respeitadas as 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).

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

XVIII DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1 Não caberá à operadora nenhuma responsabilidade por atos culposos, dolosos ou acidentais que acarretem dano à saúde do beneficiário ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do funcionário.

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

18.3 Aos casos omissos aplicar-se-ão as demais disposições constantes da legislação pertinente.

18.4 O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será da Justiça Federal, seção judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO II

QUADRO DE BENEFICIÁRIOS			
Faixa Etária	Titulares e Dependentes		TOTAL
	Masculino	Feminino	GERAL
0 a 18	13	13	26
19 a 23 anos	04	04	08
24 a 28 anos	03	05	08
29 a 33 anos	05	07	12
34 a 38 anos	05	07	12
39 a 43 anos	06	05	11
44 a 48 anos	03	03	06
49 a 53 anos	02	06	08
54 a 58 anos	01	01	02
Acima de 59 anos	01	02	03
Total	43	53	96
Total Geral			



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO III

DECLARAÇÃO QUE INEXISTEM FATOS IMPEDITIVOS

A (Nome da 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, perante a Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a sua habilitação no presente processo de credenciamento, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Brasília-DF, de de 2014.

(nome e número da identidade do declarante)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO IV

DECLARAÇÃO

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____ portador(a) da carteira de identidade nº _____ e do CPF nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos na condição de aprendiz.()

Brasília-DF, de de 2014.

(nome e número da identidade do declarante)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO V

D ECLARAÇÃO

(Razão Social da LICITANTE) _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, sediada na _____, declara, sob as penas da Lei, que não está sob pena de interdição temporária de direitos, de que trata o art. 10 da Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998.

Brasília-DF, de de 2014.

(nome e número da identidade do declarante)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

ANEXO VI

MINUTA TERMO DE ACORDO Nº 1/2014

**TERMO DE ACORDO QUE ENTRE SI CELEBRAM O
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO
FEDERAL E A _____ ADMINISTRADORA DE
BENEFÍCIOS LTDA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLENTE 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 SRTVS Quadra 701, Centro Empresarial Assis Chateaubriand, Bloco II, Salas 301 a 314, Brasília, DF, CEP 70340-906, inscrito no CNPJ nº 03.495.116/0001-37, por intermédio de seu representante legal, consoante delegação de competência conferida pela Lei nº 3.268/57, neste ato representado por sua Presidente, **Dra. MARTHA HELENA PIMENTEL ZAPPALÁ BORGES**, brasileira, médica, casada, portadora da Carteira de Identidade nº xxxxxxxx-CRM/DF, CPF nº xxxxxxxx, 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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

1.1 O presente Termo de Acordo tem por objeto 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. Objetiva também, formular, executar e avaliar ações sem ônus financeiro para o **Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – CRM-DF** voltada para a promoção da saúde, bem como da promoção dos serviços de saúde suplementar, e, de qualidade de vida dos funcionários e seus dependentes, conforme especificações técnicas constantes do Anexo deste Termo.

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.

Parágrafo Único - Este instrumento de Acordo e seu Anexo guardam inteira conformidade com os termos do **Edital de Credenciamento nº 01/2014**, Processo nº **04.2014**, dos quais são partes, como se aqui estivessem integralmente transcritos, vinculando-se, ainda, à proposta da Administradora Credenciada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

Para a consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira, as partes se propõem a cumprir as seguintes obrigações:

2.1 Obrigações do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL – CRM-DF:

- a) divulgar o presente Termo de Acordo junto aos funcionários, utilizando os meios de comunicação e divulgação disponibilizados pela _____ **ADMINISTRADORA**;
- b) apoiar a _____ **ADMINISTRADORA** na realização de eventos voltados para a execução de ações de promoção da saúde e de qualidade de vida;
- c) permitir a _____ **ADMINISTRADORA** a divulgação dos Planos de Assistência à Saúde junto aos funcionários de que se trata o objeto do presente **TERMO DE ACORDO**, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, internet e outros meios de divulgação, sem custos ao **CRM-DF**;
- d) permitir aos profissionais da _____ **ADMINISTRADORA** o acesso às dependências do **CRM-DF**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos funcionários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos benefícios oferecidos em decorrência do presente **TERMO DE ACORDO**;
- e) colocar à disposição da Administradora Benefícios informações e dados cadastrais dos Beneficiários que não se encontrem resguardados por sigilo, com o propósito de que sejam estipulados planos de assistência à saúde;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

f) acompanhar e fiscalizar a execução do(s) Termo(s) de Acordos, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um representante do CRM-DF, especialmente designado na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666/93 e legislação correlatas, comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que exijam medidas corretivas à autoridade superior;

e) acompanhar e fiscalizar a atuação das operadoras perante os funcionários, garantindo o cumprimento das disposições das normas vigentes, bem como a disponibilização da rede credenciada.

2.2 Obrigações da _____ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:

a) executar, ações de promoção à saúde, bem como de qualidade de vida dos funcionários e de seus dependentes;

b) disponibilizar, no mínimo, 1 (uma) operadora de planos ou seguros saúde, registradas na ANS e que atendam aos seguintes requisitos:

b.1) cobertura assistencial que atenda a Lei n.º 9.656/98, Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações.

c) atuar na condição de estipulante, para:

c.1) assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;

c.2) efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidos pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras de serviços de assistência à saúde suplementar;

c.3) negociar, defendendo os interesses dos funcionários beneficiários e seus dependentes, junto às operadoras contratadas pela _____ **ADMINISTRADORA** nos assuntos relacionados com a administração dos planos de saúde estipulados e solicitados pelos beneficiários dos planos, especialmente no que se refere a alteração da rede credenciada;

d) encaminhar mensalmente ao setor de Recursos Humanos do **CRM-DF**, a relação dos beneficiários titulares e seus dependentes legais que efetivaram sua adesão aos planos de assistência à saúde estipulados pela _____ **ADMINISTRADORA**;

e) encaminhar mensalmente, até o 10º dia útil, ao setor de Recursos Humanos do **CRM-DF** documento que comprove a quitação de suas obrigações financeiras perante às operadoras de plano de saúde;

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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) intervir, auxiliar e negociar junto às operadoras prestadoras dos serviços de assistência à saúde, os reajustes de preços dos planos em conjunto com o CRM-DF;
- j) disponibilizar atendimento ao beneficiário sempre que solicitado;
- k) 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;
- l) as administradoras de benefícios credenciadas deverão proteger o sigilo médico dos beneficiários, devendo comprovar que possuem profissional habilitado e registrado no CRM;
- m) as administradoras de benefícios credenciadas deverão comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumento específico;
- n) manter, enquanto durar o ajuste, todas as condições que ensejaram o credenciamento da instituição, particularmente ao que se refere à atualização de documentos e as condições exigidas para a habilitação;
- o) comunicar o gestor deste instrumento, de forma clara e detalhada, todas as ocorrências anormais verificadas na execução dos serviços, bem como a mudança de endereço de suas instalações físicas;
- p) é vedado à Administradora de Benefícios subcontratar total ou parcial o objeto deste Termo de Acordo.
- q) Responsabilizar-se pela execução de todas as demais obrigações listadas no Projeto Básico e todas as ações especificadas no Plano de Trabalho anexo ao presente **TERMO DE ACORDO**.

2.3 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

c) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras de plano de saúde contratada pela Administradora de Benefício, 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;

d) 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.

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

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

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

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

i) fornecer, gratuitamente, aos usuários do Programa de Assistência à Saúde, manual de normas e procedimentos, por meio magnético ou físico, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, inscritos ou registrados nos respectivos conselhos);

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

k) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS

3.1 Serão considerados Beneficiários do Plano de Assistência a Saúde decorrente da assinatura deste **Termo de Acordo**, todos os funcionários ativos e inativos (aposentados) do CRM-DF e os dependentes de todos os funcionários.

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 ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

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

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 presente **TERMO DE ACORDO** vigorará a partir da data da publicação de seu extrato no DOU por um período de 12 (doze) meses, podendo vir a ser prorrogado através de Termo Aditivo, por iguais e sucessivos períodos, até o máximo de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no inciso II do artigo 57, da Lei nº 8.666/93, quando, então, necessária se fará à confecção de outro **TERMO DE ACORDO**.

4.2 Os aditivos ao presente **TERMO DE ACORDO** não poderão alterar a natureza do objeto do mesmo.

CLÁUSULA QUINTA – DAS SANÇÕES

5.1 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:

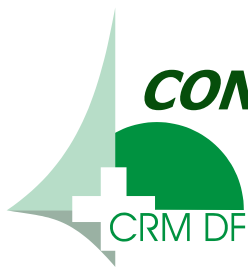
a) advertência por escrito;

b) 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;

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

5.2 suspensão temporária do Termo de Acordo, por prazo não superior de um ano, justificada pelo Setor de Recurso Humanos do CRM-DF.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

5.5 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.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO

6.1 – 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 inexecutável, 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.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 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**.

CLÁUSULA OITAVA – DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

8.1 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).

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

9.1 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 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 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 PRIMEIRA – DO FORO

11.1 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.

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, de de 2014.

MARTHA HELENA PIMENTAL ZAPPALÁ BORGES
Presidente do CRM-DF

Nome do Representante Legal da Administradora
Xxxxx Administradora de Benefícios

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

C.P.F. _____

RG. _____



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO DISTRITO FEDERAL**

NOME: _____

C.P.F. _____

RG. _____