



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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

beneficiário titular, referente aos valores dos funcionários do CRM-DF ativos e seus dependentes.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

III DOS BENEFICIÁRIOS

3.2 São considerados beneficiários titulares:

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.

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:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.

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.
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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.

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.

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

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.);
- 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- ✓ 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.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

12.1. Nas acomodações será assegurada a internação em entidade hospitalar da rede credenciada pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios, dependendo do



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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;
- 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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

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 I

PROJETO BÁSICO

2. 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 com vínculo empregatício, funcionários ocupantes de cargos comissionados sem vínculo empregatício com o CRM-DF e funcionários inativos (aposentados).

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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, funcionários ocupantes de cargos comissionados e seus dependentes.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

3.2.1 Funcionários ativos com vínculo empregatício com o CRM-DF 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.

3.2.2 Funcionários ocupantes de cargos comissionados sem vínculo empregatício com o CRM-DF.

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

4.1 A inclusão dos funcionários ativos do CRM-DF, funcionários inativos (aposentados) e funcionários ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o Conselho, 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, ocupantes de cargos comissionados 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.

4.4. Os funcionários ativos e os ocupantes de cargos comissionados que ingressarem no CRM-DF 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

4.11 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.

4.12 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.

4.13 Caberá ao CRM/DF a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos funcionários ativos, cargos em comissão 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

5.3. Ressalvadas as situações previstas no item 5.1. a Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos funcionários ativos, ocupante de cargos em comissão 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, ocupante de cargos em comissão e inativos (aposentados) do CRM-DF solicitar, formalmente, ao Setor de Recursos Humanos/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.

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:

- c) Consultas e exames laboratoriais de análises clínicas e patológicas: 30(trinta) dias;
- b) demais procedimentos: 180 (cento e oitenta) dias;
- d) partos a termo: 300 (trezentos) dias;
- d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

VII- DOS BENEFÍCIOS



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

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



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

- m) Despesas assistenciais com doadores vivos;
- n) 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.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 peritoneal - CAPD;
- ✓ Quimioterapia;
- ✓
adioterapia, 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;

R



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- ✓ 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.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

8.2.5 Inseminação artificial.

8.2.6 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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 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.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

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

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:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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

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 de 15 (quinze) dias, visando facilitar a coleta das propostas de adesão.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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:

- c) Apresentar aos funcionários do CRM/DF, no mínimo **1 (uma)** operadora prestadora dos serviços de assistência médico-hospitalar, devidamente registradas na ANS;
- d) 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;
- o) Realizar a divulgação e a comercialização dos planos de assistência médica hospitalar/ambulatorial junto aos beneficiários do CRM/DF;
- p) Orientar os beneficiários a respeito do atendimento das normas previstas no Termo de Acordo;
- q) Exigir documentos dos beneficiários que comprovem seu vínculo junto ao CRM/DF e, de seus dependentes, os comprovantes da dependência;
- r) Efetivar a movimentação cadastral, mediante a implantação, inclusão e exclusão de beneficiários;
- s) 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- t) 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;
- u) 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;
- v) 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, dependentes e Pensionistas;
- 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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 contratada pela Administradora de Benefício, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento;
- e) para os beneficiários se habilitarem ao reembolso das despesas com os serviços de assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de plano de saúde 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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.
- ii) 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;
- w) fornecer os relatórios e extratos necessários ao acompanhamento dos serviços pelos usuários;
- x) 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;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

- 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:

- f) 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;
- g) 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;
- h) 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;
- i) 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,
- j) 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

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).



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

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***