



INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL
SEPS - Quadra 713/913 Sul - Bloco D - Edifício Iphan - 2º Andar, - Bairro Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70390-135
Telefone: (61) 2024-6298 e Fax: @fax_unidade@ - http://www.iphan.gov.br

TERMO DE REFERÊNCIA

Processo nº 01450.901970/2017-45

1. DECLARAÇÃO DO OBJETO

1.1 Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, laboratorial, consultas, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive internações, em âmbito nacional, para os servidores ativos, inativos e pensionistas do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan, e seus respectivos dependentes legais, na forma disciplinada pela Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, pelo artigo 230 da Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990, do Decreto nº 4.978 de 03 de fevereiro de 2004, modificado pelo Decreto nº 5.010 de 09 de março de 2004, e da Portaria Normativa nº 01, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, da Instrução Normativa nº 05 de 25 de maio de 2017, resoluções vigentes e procedimentos reconhecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, especialmente as Resoluções Normativas ANS - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, a Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003, e a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, observando-se orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

2. DAS ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO

2.1 Trata-se de serviço de natureza continuada, pois sua interrupção pode comprometer a devida prestação de assistência à saúde do servidor, e sua contratação deve estender-se por mais de um exercício financeiro, visto que sua manutenção ininterrupta é imprescindível, uma vez que está voltada ao cuidado com a saúde e vida do servidor e de sua família.

2.2 Trata-se de serviço comum, vez que detém características estabelecidas e padronizadas na Lei nº 9.656, de 03/06/1998, MP 2.177, de 24.08.2001 e em Resoluções Normativas do Órgão Regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e está disponível, a qualquer tempo, em um mercado próprio e estável, composto por diversos fornecedores, cujos serviços são comparáveis entre si, de modo que permite a decisão de aquisição com base no menor preço.

2.3 Para definição do melhor preço no certame licitatório, serão consideradas as propostas referentes ao Plano Básico, obrigando-se os licitantes a ofertar 04 (quatro) tipos de planos, estratificados em 10 (dez) faixas etárias, conforme disposto no item 8 deste Termo de Referência.

2.4 A variação de preço por faixa etária deverá observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde - ANS, considerando-se inclusive a Resolução Normativa nº 63 de 22 de dezembro de 2003.

2.5 A contratação de empresa especializada, para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, laboratorial, consultas, exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, inclusive internações, em âmbito nacional ocorrerá por meio de pregão, sendo preferencial a utilização da sua forma eletrônica.

3. DO OBJETIVO

3.1 A assistência à saúde prestada pelos planos privados, embora apresente suas deficiências, ainda figura no Brasil como o melhor atendimento médico-hospitalar e ambulatorial que são prestados às comunidades assistidas.

3.2 Considera-se ainda o plano privado de saúde a melhor opção de atendimento à saúde dos servidores ativos, aposentados e pensionistas, bem como dos requisitos e daqueles que ocupam cargos em comissão no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan.

3.3 A intenção precípua do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan é oferecer a opção de uma assistência à saúde eficiente e digna, seja na atividade funcional, seja na vida privada e reduzir ou minimizar os efeitos danosos das doenças sobre a continuidade e qualidade do desempenho funcional.

3.4 É sabido que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde.

3.5 Todavia, é de consenso comum que tal sistema público é precário e caótico, não se prestando à garantia de segurança aos bens fundamentais da pessoa humana: a vida e a saúde. Sendo assim, considera-se que, a contratação de assistência privada à saúde tem a finalidade de buscar melhores condições, à medida da capacidade financeira de cada pessoa.

3.6 Considerando ainda o que dispõe a Política e Programa de Desenvolvimento e Valorização dos Servidores do Iphan (Portaria de nº 200, de 15 de maio de 2017), publicado no Boletim Administrativo Eletrônico - BAE nº 1263, p. 05 a 08, de 2 de junho de 2017, que se constitui dentre os princípios e diretrizes para a gestão de pessoas no Iphan, a promoção do bem-estar físico, psíquico e social dos servidores, assim como ambiente organizacional favorável ao desempenho, considerando o suporte e a qualidade de vida no trabalho como um dos eixos da Política de Gestão de Pessoas, a contratação de empresa de prestação de assistência à saúde se configura como umas das ações institucionais que objetivam a promoção da saúde e o bem estar dos servidores, aposentados e pensionistas.

3.7 Ademais, é inegável que a promoção da saúde e do bem estar dos servidores em atividade se constituiu como instrumento de melhoria do desempenho funcional, da saúde e da vida.

4. DO FUNDAMENTO LEGAL

4.1 Leis e atos regulamentadores que fundamentam a contratação e a elaboração do presente Termo de Referência:

1. Art. 230 da Lei nº 8.112, 11 de dezembro de 1990;
2. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;
3. Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998;
4. Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001;
5. Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004;
6. Instrução Normativa/SLTI-MP nº 02, de 30 de abril de 2008 e alterada pela Instrução Normativa 04-2009-SLTI, de 11 de novembro de 2009;
7. Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS;

8. Resolução Normativa – RN nº 204, de 01 de outubro de 2009, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
9. Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
10. Resolução Normativa – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
11. Resolução Normativa – RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
12. Resolução Normativa – RN nº 407, de 03 de junho de 2016, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
13. Resolução Normativa – RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
14. Instrução Normativa – IN nº 66, de 14 de fevereiro de 2017, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
15. Portaria Normativa SRH nº 1, de 09 de março de 2017, expedida pela então Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão;
16. Instrução Normativa nº 5, de 25 maio de 2017.
17. Resolução Normativa – RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS;
18. Demais Resoluções Normativas, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS vigentes.

5. FUNDAMENTOS DA CONTRATAÇÃO

5.1 A contratação pretendida justifica-se ao proporcionar aos servidores ativos, inativos, seus dependentes e aos pensionistas do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan, o acesso a plano de assistência à saúde em melhores condições e preços do que os disponíveis no “mercado”, especialmente em razão da faixa etária de grande parte dos beneficiários que compõe a atual “carteira de vidas”, considerando ainda, a dificuldade do Estado brasileiro em prestar assistência médica à população, em todos os níveis, desde assistência básica, diagnósticos e tratamento de doenças graves.

5.2 Diante disso, o Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan ao proceder à contratação de empresa de assistência à saúde visa propiciar, nos moldes delineados pelo art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, a Portaria Normativa nº 1 de 09 de março de 2017 e demais Portarias da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o pleno acesso a assistência médica aos seus servidores ativos, aposentados e pensionistas.

5.3 A carteira de vidas atual é composta por 1.858 vidas, consideradas potenciais beneficiários titulares.

5.3.1 A expectativa de contratação do número de vidas e respectivas faixas etárias, conforme consta no Anexo I, parte integrante deste Termo de Referência, foi elaborada tendo como base os dados extraídos do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE.

5.3.2 Embora o quantitativo atual de beneficiários inclusos na carteira do Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan totalize 1.858 (um mil oitocentos e cinquenta e oito) vidas, existe a previsão de ingresso de novos servidores, por meio de concurso público. Propugna-se ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão - MP por meio de NOTA TÉCNICA Nº6/2016/COGEP/DPA, de 13 de abril de 2017, pela célere realização de concurso público, visando o provimento de 516 cargos efetivos.

6. DA CONCEITUAÇÃO

6.1 Para fins deste Termo de Referência, considera-se:

6.1.1 Benefícios do plano de saúde: são os serviços qualificados prestados pela empresa especializada de assistência como: a assistência médica, ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

6.1.2 Mensalidade integral do Beneficiário Titular : O valor correspondente ao plano de saúde contratado, referente ao grupo familiar (inclusive dependentes e agregados), para pagamento pelo beneficiário titular mediante consignação em folha de pagamento ou na ausência de margem consignável mediante boleto bancário.

6.1.3 Rede Credenciada: hospitais, centros, clínicas ou consultórios médicos, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais colocados à disposição dos beneficiários pela CONTRATADA, inscritos ou registrados nos respectivos Conselhos Profissionais Regionais oficialmente reconhecidos no Brasil.

6.1.4 Contratada: Pessoa Jurídica vencedora do processo licitatório, operadora especializada no ramo de plano ou seguro privado de assistência à saúde suplementar que possua autorização de funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e situação cadastral ativa, devidamente comprovada, para prestação dos supracitados serviços constantes na lista de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, RN 387 de 28.10.2015 com a qual o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional– IPHAN celebrará o contrato.

6.1.5 Contratante: parte integrante da celebração do contrato, neste caso, a autarquia - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional– IPHAN.

6.1.6 Consignatário: destinatário de créditos resultantes de consignação, em decorrência de relação jurídica que a autorize.

6.1.7 Consignante: Órgão ou entidade da administração pública federal direta ou indireta, que procede, por intermédio do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, descontos relativos às consignações compulsória e facultativa na ficha financeira do servidor público ativo, do aposentado ou do beneficiário de pensão, em favor do consignatário.

6.1.8 Consignado: aquele cuja folha de pagamento seja processada pelo sistema de gestão de pessoas do Poder Executivo Federal e que tenha estabelecido com consignatário relação jurídica que autorize consignação.

6.1.9 Consignação - valor deduzido de remuneração, subsídio, provento, pensão ou salário, mediante autorização prévia e expressa do consignado.

6.1.10 Área geográfica de abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde suplementar contratada pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

7. DOS BENEFICIÁRIOS

7.1 Os beneficiários do Plano de Saúde ofertado pela CONTRATANTE:

7.1.1 Beneficiários titulares em número atual de 1.858 (um mil, oitocentos e cinquenta e oito).

7.1.2 Beneficiários dependentes.

7.1.3 Agregados (pertencentes a carteira de vidas até a assinatura do contrato).

7.2 São considerados beneficiários titulares:

7.2.1 Servidores ativos (ocupantes de cargo efetivo), inativos, ocupantes de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, autárquica e/ou fundacional.

7.2.2 Após o falecimento do servidor, os dependentes que se tornarem pensionistas poderão permanecer no plano de assistência à saúde, na condição nomeada REMISSÃO ou Remido, pelo prazo de 6 (seis) meses contados a partir do 1º dia do mês subsequente ao mês de falecimento do beneficiário titular, nas mesmas condições contratuais de beneficiário titular, devendo efetivar a opção junto ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan, para se tornar portanto beneficiário titular do plano de assistência à saúde.

7.2.2.1 Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência, no mesmo plano, o pensionista que solicitar a inclusão nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias da data do óbito do servidor.

7.2.2.2 O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma do item 7.2.2, deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

7.3 São considerados beneficiários dependentes:

1. O cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
2. O companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
3. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou a que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
4. Os filhos e enteados, até a data que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
5. Os filhos e enteados até 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação - MEC;
6. O menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nesta condição;

7.3.1 A existência do dependente constante nas letras “a” e “b” do subitem 7.3 desobriga a assistência à saúde suplementar do dependente constante na letra “c” do referido subitem.

7.3.2 Equipara-se ao servidor, referido no item 7.2.1, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública federal direta, autárquica e/ou fundacional.

7.3.3 É garantido ao servidor exonerado, a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

7.4 Dos agregados:

7.4.1 A operadora poderá admitir a inscrição de agregados no plano de assistência à saúde suplementar, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou segundo grau por afinidade, com o titular, desde que assumam, integralmente, o respectivo custeio, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados, de acordo com a faixa etária do beneficiário agregado.

7.4.2 O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor ativo ou inativo, conforme DIRPF - Declaração do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan, na condição de agregado, desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelo próprio beneficiário titular, observados os mesmos valores com ele conveniados ou contratados, de acordo com a faixa etária do beneficiário agregado.

7.4.3 Serão mantidos os beneficiários agregados que pertencerem à carteira de vidas do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN na data de início da vigência do contrato de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, cujo custeio seja integralmente assumido pelo beneficiário titular e que a sua inclusão tenha ocorrido até a data de início da vigência do contrato.

7.4.4 Os beneficiários dependentes que pertencerem a carteira de vidas na data da assinatura do contrato e por qualquer razão perderem a condição de dependentes na vigência do contrato poderão ser mantidos na condição de agregados.

7.4.5 A partir da vigência do contrato não será aceita a inclusão de novos beneficiários na condição de agregados, exceto na hipótese dos itens 7.4.1 a 7.4.4.

7.4.6 Fica vedada a inclusão de agregados após o início da vigência do contrato.

8. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO

8.1 Deverão ser propostos aos beneficiários do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan, 04 (quatro) tipos de planos distintos, estratificados em 10 (dez) faixas etárias, em conformidade com as diretrizes da Resolução Normativa – RN nº 428, de 07 de novembro de 2017 e cujos parâmetros encontram-se a seguir especificados:

8.1.1 Plano Referência

8.1.1.1 A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

8.1.1.2 Para o Plano-Referência poderão ser permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) *emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;*
- b) *é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou*
- c) *não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26;*

II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de ovócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de ovócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21, e ressalvado o disposto no art. 14, da Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - Casos de cataclismos, guerras e comições internas, quando declarados pela autoridade competente; e

X - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

8.1.1.3 Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

8.1.1.4 Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

8.1.1.5 A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no sítio institucional da ANS na Internet (www.ans.gov.br), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

8.1.2 Plano Ambulatorial ou Plano Básico

8.1.2.1 O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput;

III - cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta RN, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

V - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, para segmentação ambulatorial;

VII - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

VIII - Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX - Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

X - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XI - Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA;

XII - Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017 para a segmentação ambulatorial;

XIII - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017.

8.1.2.2 Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;

II - Quimioterapia oncológica intra-renal ou que demande internação; e

III - Embolizações.

8.1.2.3 Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

8.1.3 Plano Hospitalar

8.1.3.1 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - Quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

- a) Somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
- b) A coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III - Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;

IV - Cobertura de transplantes listados nos Anexos desta RN, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

V - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela RN ANS, respeitando-se a segmentação contratada;

VI - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;

VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) Idosos a partir dos 60 anos de idade; e
- c) Pessoas com deficiência;

VIII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art. 5º, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

X - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 21 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017 para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta RN;
- g) Embolizações listadas nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta RN;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

8.1.4 Plano Hospitalar com Obstetrícia

8.1.4.1 O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Plano Hospitalar, constante no item 8.1.3 deste Termo de Referência, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I - Cobertura das despesas, incluindo parlamentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) Pré-parto;

b) Parto; e

c) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

8.1.4.2. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 5º da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017.

8.1.5 Faixas etárias:

FAIXAS ETÁRIAS	
1	00 – 18 anos
2	19 – 23 anos
3	24 – 28 anos
4	29 – 33 anos
5	34 – 38 anos
6	39 – 43 anos
7	44 – 48 anos
8	49 - 53 anos
9	54 – 58 anos
10	>= 59 anos

8.2 DISPOSIÇÕES GERAIS

8.2.1 Os eventos e procedimentos relacionados neste Termo de Referência e nos seus Anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referencialmente, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

8.2.1.1 Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos neste Termo de Referência ou em seus Anexos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referencialmente, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

8.2.2 As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, observando-se as seguintes definições:

I - Planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II - Concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III - Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV - Atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V - Aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI - Atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

8.2.3 Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

8.2.3.1 Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

8.2.3.2 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

8.2.3.3 São competências privativas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - Determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II - Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontra o receptor.

8.2.3.4 Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.2.3.5 A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

8.2.3.5.1 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas,

estão obrigatoriamente cobertos.

8.2.3.6 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.2.3.6.1 Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras.

8.2.3.7 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, aeronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I da RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, de acordo com a segmentação contratada.

8.2.3.7.1 Todas as escopias listadas nos Anexos da RN têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

8.2.3.8 O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

8.2.3.9 Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

8.2.3.9.1 Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes, CONTRATANTE E BENEFICIÁRIO.

8.2.3.10 Para todas as categorias de planos, é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

8.2.3.10.1 Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

8.2.3.11 Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados neste Termo de Referência e em seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

8.2.3.12 Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados neste Termo de Referência e em seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA e respeitadas os critérios de credenciamento, referencialmente, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

8.2.3.13 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

8.2.3.13.1 A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

8.2.3.13.2 O procedimento "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

8.2.3.13.3 Os planos privados de assistência à saúde deverão assegurar cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no presente Termo de Referência e em seus Anexos, de acordo com a segmentação contratada.

9. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

9.1 É voluntária a inscrição ou adesão do servidor do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan e dos seus beneficiários no plano de assistência à saúde, bem como a exclusão do mesmo.

9.1.1 A comunicação de inscrição ou de exclusão de beneficiário no Plano de Saúde será efetivada através de formulário próprio, disponível na Central do Servidor através do endereço eletrônico:

<http://portal.iphan.gov.br>

Central do Servidor – Menu – Assistência a Saúde

9.2 Para fins de adesão ao Plano de saúde deverão ser apresentados à área de Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA os seguintes documentos:

1. *Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF);*
2. *Certidão de casamento;*
3. *Comprovante de residência válido;*
4. *Documentos dos dependentes (certidão de nascimento, declaração de dependência em DIPPF – Declaração de Imposto de Renda da Pessoa Física, quando for o caso, documento que comprove se estudante de nível superior);*
5. *A dependência econômica será comprovada mediante Declaração de Imposto de Renda da Pessoa Física, dados extraídos dos assentamentos funcionais e do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE;*
6. *Declaração de união estável autenticada em cartório conforme art. 4º da Orientação Normativa nº 9, de 5 de novembro de 2010, quando for o caso de companheiro ou companheira; e*
7. *Declaração especial de união feita perante Tabelião conforme elencado inciso V do art. 4º da Orientação Normativa nº 9, de 5 de novembro de 2010, quando for o caso de união homo afetiva.*

9.2.1 Destaca-se que os itens "b, f e g" devem ser atualizados considerando como o mês de referência o mês de solicitação de adesão. Para a Declaração de Imposto de Renda da Pessoa Física será considerado o ano fiscal vigente.

9.3 No decorrer da vigência do contrato os beneficiários titulares poderão optar, a qualquer tempo, por plano de modalidade superior, desde que cumprida a carência legal, arcando inteiramente com a diferença de preço existente entre o plano ao qual estava vinculado e a nova modalidade escolhida.

9.4 A inclusão no plano será isenta do prazo de carência no caso do servidor efetivo que inscrever a si e seus dependentes, no prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da data de sua posse no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan.

9.5 Os dependentes que adquirirem essa condição após a inclusão do servidor ficarão sujeitos ao período de carência que ainda não tiver sido cumprido pelo beneficiário titular, salvo quanto à inclusão de cônjuge e filhos desde que a inclusão ocorra no prazo máximo de 30 dias após o casamento, o nascimento ou adoção (em caso de menor de doze anos de idade).

9.6 O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação, conforme balizado no artigo 41 da Portaria Normativa nº 01 de 09 de março de 2017.

10. DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

10.1 A exclusão do beneficiário titular é voluntária e implicará na exclusão de todos os seus dependentes.

10.2 O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação, conforme balizado no artigo 41 da Portaria Normativa nº 01 de 09 de março de 2017.

10.3 As exclusões do plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

1. *Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;*
2. *Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;*
3. *Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;*
4. *Licença sem remuneração;*
5. *Decisão administrativa ou judicial;*
6. *Voluntariamente, por opção do beneficiário; e*
7. *Outras situações previstas em lei ou em normas do órgão regulador.*

10.4 No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração ou proventos o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, alterada pelo art. 9º da Lei 11.302, de 10 de maio de 2006.

10.5 Em conformidade com a Portaria Normativa nº 1 de 9 de março de 2017, o servidor que mantiver o recolhimento mensal de sua respectiva contribuição ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público, nos termos do § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990, fará jus ao benefício de que trata esta Portaria Normativa, na forma do art.2º.

10.6 Ressalvadas as situações previstas no item 10.3, a exclusão do servidor se dará, também, por fraude ou inadimplência, por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado pela CONTRATADA até o quinquagésimo dia de inadimplência.

10.6.1 A exclusão por fraude se dará a qualquer tempo, mediante a comprovação formal do(s) ato(s).

10.6.2 A exclusão por inadimplência se dará mediante a comprovação da notificação do servidor e ou beneficiário do plano de saúde, por parte da CONTRATADA.

10.7 Beneficiários, CONTRATADA e CONTRATANTE estão submetidos às determinações previstas e estipuladas na RN 412, de 10 de novembro de 2016, que dispõe sobre as solicitações de cancelamento de planos de saúde.

10.8 O pedido de exclusão deverá ser formalizado pelo beneficiário, junto à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA.

10.9 A Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA comunicará, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas à CONTRATADA a referida solicitação de exclusão.

10.10 Cessará o direito do beneficiário titular e beneficiários a ele vinculados, de usufruir do plano de saúde, a partir do primeiro dia do mês subsequente à exclusão, sem prejuízo de sua participação financeira.

10.11 Será de responsabilidade exclusiva da CONTRATADA a eventual utilização dos serviços após a comunicação da exclusão do usuário pela Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA.

10.12 É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício, dentro do prazo de 60 (sessenta) dias contados da constatação.

10.13 Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no item 10.6.2 não exime o beneficiário da quitação dos débitos de sua responsabilidade.

10.14 É de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular a quitação de qualquer débito relativo a plano de assistência à saúde, despesas referentes à coparticipação, ambos ofertados pela CONTRATADA, inclusive no que tange aos seus dependentes e aos agregados.

10.15 É de responsabilidade do beneficiário titular solicitar, formalmente, à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA, por intermédio de formulário próprio, a exclusão de seus dependentes, quando cessarem as condições de dependência.

10.16 O referido formulário encontra-se disponível através da Central do Servidor, no endereço eletrônico <http://portal.iphan.gov.br>.

10.17 A solicitação de exclusão extemporânea pelo beneficiário titular e respectiva cessão de dependência, que venha acarretar pagamento indevido por parte da administração do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN, acarretará autuação de processo administrativo para fins de ressarcimento de valores ao Erário.

11. MODELO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

11.1 O contrato terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme permissivo contido no art. 57, inciso II da Lei Federal nº 8.666/93.

11.2 A prorrogação do Contrato será precedida de pesquisa para que se verifique se as condições oferecidas pela contratada continuam vantajosas para a contratante.

11.3 A pelo menos 60 (sessenta) dias do término da vigência do contrato, a contratante expedirá comunicado à contratada para que esta manifeste, dentro de 05 (cinco) dias contados do recebimento da consulta, seu interesse na prorrogação do atual Contrato.

11.4 Se positiva a resposta e vantajosa a prorrogação, a contratante providenciará, no devido tempo, o respectivo termo aditivo.

11.5 A resposta da contratada terá caráter irrevogável, portanto ela não poderá, após se manifestar num ou noutro sentido, alegar arrependimento para reformular a sua decisão.

11.6 Eventual desistência da contratada após a assinatura do termo aditivo de prorrogação, ou mesmo após sua expressa manifestação nesse sentido, merecerá da CONTRATANTE a devida aplicação de penalidade.

11.7 A empresa contratada deverá estar apta a iniciar a execução dos serviços, com todas as coberturas definidas neste Termo de Referência, a partir da zero hora do 5º (quinto) dia útil seguinte ao da assinatura do Instrumento contratual.

11.8 Nenhuma responsabilidade caberá à CONTRATADA por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular e ou de seus dependentes e agregados, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do(s) beneficiário(s) e agregado(s).

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

11.10 A CONTRATADA deverá oferecer e disponibilizar atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, independentemente da área de abrangência do órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o titular do beneficiário.

12. DEVERES DA CONTRATADA

12.1 Viabilizar aos beneficiários inscritos, por meio de sua rede de prestadores de serviços, os programas de assistência ambulatorial, hospitalar e especialidades obrigatórias conforme Lei nº 9.658/1998 e suas alterações, previstos no plano de saúde ao qual estejam vinculados.

12.2 Administrar as inclusões, exclusões e reinclusões de beneficiários com agilidade, realizando os procedimentos em dois dias corridos.

12.3 Fornecer à CONTRATANTE, sem qualquer custo adicional, cartão, carteira ou outro meio físico de identificação individual para cada beneficiário, constando nome completo e o plano ao qual pertence, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados da data de assinatura do contrato, para os beneficiários do grupo inicial, e a partir da data de inclusão no plano, para os beneficiários cadastrados posteriormente.

12.4 Disponibilizar para entrega em até 10 (dez) dias úteis a segunda via do cartão, carteira ou outro meio físico de identificação sem qualquer ônus adicional para a CONTRATANTE, em caso de perda, roubo, extravio ou retificação do cartão do(s) beneficiário(s).

12.5 Disponibilizar aos beneficiários e a CONTRATANTE guia médico impresso, digital, e ou relação de prestadores de serviços constando nome, telefone(s) e endereço da rede credenciada/referenciada imediatamente a partir da data de inclusão no plano.

12.6 Manter a rede credenciada de atendimento em número igual ou superior ao apresentado na data da habilitação.

12.7 Efetivar as inclusões e alterações de plano de saúde até o 30º dia do mês do pedido formulado pelo(s) CONTRATANTE(S), com vigência a partir do 1º dia do mês subsequente.

12.8 Acompanhar a efetiva consignação das mensalidades e coparticipações dos serviços utilizados pelos beneficiários, para fins de emissão de boletos ou outros meios de pagamentos, em tempo hábil, garantindo eficácia e eficiência no controle da adimplência, e a continuidade da prestação dos serviços aos beneficiários.

12.9 Fornecer relação individual por beneficiário, extrato demonstrativo com o detalhamento dos procedimentos utilizados contendo:

- Nome do beneficiário titular;
- Nome do beneficiário;
- Nome do profissional e ou estabelecimento prestador do serviço;
- Data (s) da (s) ocorrência (s);
- Valor do (s) serviço (s) /atendimento (s), medicamento (s), outro (s), segundo a Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos e Hospitalares;
- Valor da coparticipação; e
- Demonstrativo anual de recolhimento, para fins de Imposto de Renda.

12.9.1 O fornecimento do extrato demonstrativo mensal não estará condicionado à emissão das mensalidades podendo ser solicitado a qualquer tempo e sem ônus pelo beneficiário titular, a título de informação.

12.9.2 O (s) extrato (s) /demonstrativo (s) mensal devem ser disponibilizados por meio eletrônico (e-mail) e ou poderão ser disponibilizados através de web site/sítio eletrônico próprio da CONTRATADA mediante o fornecimento de acesso seguro fornecido ao beneficiário.

12.10 Dispor de atendimento telefônico com ligação gratuita, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados para o fornecimento de informações médicas, hospitalares e administrativas aos beneficiários.

12.10.1 As ligações deverão abranger todo o território nacional e poderão ser originadas de telefones fixos e celulares de quaisquer operadoras.

12.10.2 Disponibilizar manual impresso e ou eletrônico de normas e procedimentos para utilização dos serviços, de forma a facilitar o atendimento dos beneficiários.

12.11 Prestar os serviços sem limites de utilização, em conformidade com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, Portaria Normativa MPOG nº 1/2017, Resoluções Normativas, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS vigentes e demais normas legais aplicáveis à matéria.

12.12 Apresentar mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês, à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA, documento impresso ou eletrônico, contendo:

12.12.1 Relatório da movimentação cadastral mensal – beneficiários incluídos, beneficiários excluídos a pedido;

12.12.2 Relatório de beneficiários excluídos por inadimplência;

12.12.3 Relatório de beneficiários que tiveram contratos reativados;

12.12.4 Relatório com a descrição das receitas e despesas detalhadas do comportamento financeiro do contrato;

12.12.5 Relatório com as informações financeiras referentes às mensalidades a serem consignadas;

12.12.6 Relatório com a relação dos beneficiários titulares com efetiva consignação de valores e beneficiários titulares sem margem consignável, conforme cronograma expedido mensalmente pela Secretaria de Gestão de Pessoas.

12.12.7 Relatório contendo a relação de reembolsos com valores expressos em moeda nacional unitários solicitados pelos beneficiários “versus” valores pagos pela CONTRATADA aos beneficiários.

12.13 Solucionar em até 72 (setenta e duas) horas corridas, eventuais cobranças indevidas a partir da comunicação por meio eletrônico (e-mail) e ou ofício pelo

beneficiário e ou pela CONTRATANTE à empresa CONTRATADA.

12.14 Disponibilizar e manter controle dos Demonstrativos de Valores Pagos para fins de Imposto de Renda aos beneficiários do plano.

12.15 A CONTRATADA poderá oferecer programas de prevenção à doença e promoção a saúde nas áreas identificadas como prioritárias pela CONTRATADA.

12.16 A CONTRATADA reserva-se ao direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

12.17 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação à CONTRATANTE, aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

12.18 Na hipótese de descadastramento junto ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão suspendendo as operações de consignação em folha de pagamento no SIAPE - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos, são deveres da CONTRATADA:

12.18.1 O restabelecimento da condição de consignatária;

12.18.2 Arcar integralmente com os custos necessários para a cobrança por meio de boleto bancário dos valores relativos ao plano de saúde e de cientificação, em tempo hábil, dos beneficiários acerca da alteração da forma de cobrança, em virtude do descadastramento.

12.19 A CONTRATADA deverá fornecer à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA via software, acesso ao sistema e ou relatório impresso, com o intuito de permitir acesso a informações gerenciais:

- Apuração de despesas por prestador de serviços;
- Apuração de despesas por grupo familiar;
- Apuração de despesas por procedimento;
- Estatística de consultas;
- Estatística de exames;
- Consultas realizadas por beneficiário;
- Consultas realizadas por grupo familiar;
- Exames realizados por grupo familiar;
- Exames realizados por beneficiário
- Dados cadastrais dos titulares e dependentes;
- Dados cadastrais das subfaturas;
- Dados sobre o faturamento de subfaturas;
- Dados do faturamento;
- Controle e solicitação de segunda via de cartões de titulares e dependentes;
- Histórico de paciente e/ou grupo familiar;
- Histórico clínico; e,
- Outras informações gerenciais, financeiras, administrativas e contábeis necessárias ao perfeito gerenciamento e fiscalização dos serviços.

12.20 O beneficiário poderá utilizar os médicos ou instituições relacionadas na rede de serviços da CONTRATADA, de acordo com o plano subscrito por ele ou seu órgão ou entidade, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede referenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à CONTRATADA efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do beneficiário titular ou dos demais beneficiários. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas da Lei nº 9.656/1998 e as editadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

12.21 Será diretamente efetuado ao referenciado ou contratado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, juntamente com o número ou código, e o meio de identificação do plano de saúde emitido pela CONTRATADA.

12.22 A CONTRATADA poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus usuários/ beneficiários/ segurados.

12.23 A operadora poderá exigir autorização prévia para cirurgias não emergenciais, também classificadas como eletivas, procedimentos médicos auxiliares, procedimentos e exames de alta complexidade desde que respeitando integralmente a RN nº 259 de 17 de junho de 2011 e RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016.

12.23.1 A operadora deverá praticar tempo mínimo aceitável para autorizar cirurgias de urgência e cirurgias de emergência e praticar agilidade máxima em aprovações para cirurgias “time-sensitive”.

12.23.2 Cirurgias de emergência é considerada aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um curto intervalo de tempo, geralmente igual ou inferior a 6 (seis) horas.

12.23.3 Cirurgia de urgência é considerada aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um intervalo de tempo, via de regra, entre 6 (seis) horas e 24 (vinte e quatro) horas.

12.23.4 Cirurgia time-sensitive (sensível ao tempo) – termo usado pela nova diretriz da American Hospital Association – AHA, referem-se aos procedimentos que não se enquadram nas categorias citadas nos itens 12.23.2 e 12.23.3. Caso os procedimentos sejam adiados por um período de algumas semanas pode causar danos ao paciente. As cirurgias oncológicas e cardíacas se enquadram nesta categoria.

12.24 Nos casos em que a CONTRATADA estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, quando não caberá exigência da autorização prévia, em face do “periculum in mora”

12.25 Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para solução do impasse, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contadas da formalização do processo, será garantida a instauração de junta médica, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, por médico da CONTRATADA e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede da CONTRATADA, caso em que seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

12.26 A CONTRATADA reserva-se ao direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

12.27 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

12.28 Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CONTRATADA durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias,

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

12.29 No caso de redimensionamento de rede hospitalar, especificamente a redução, é necessária autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos moldes delineados pelo § 4º art. 17 da Lei 9.656/1998.

12.30 Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço/valores e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o(s) médico(s), profissionais envolvidos ou hospital, pessoas físicas e ou jurídicas.

12.31 A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como atender os beneficiários nos termos do art. 1º da Lei nº 10.048/2000 que estabelece a prioridade do atendimento às pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos.

12.32 Encaminhar, trimestralmente, à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

12.33 Assegurar aos beneficiários os serviços de acordo com as condições correspondentes a cada plano estabelecido em sua proposta.

12.34 Manter durante toda a execução do objeto contratual todas as condições de habilitação e qualificações exigidas.

12.35 Manter durante a vigência deste Contrato a prestação dos serviços em todas as localidades onde o CONTRATANTE mantiver Unidade/Representação/Escritório e nas quais não exista infraestrutura da própria CONTRATADA;

12.36 Prestar os serviços relativamente às doenças e/ou deficiências preexistentes à celebração do Contrato, bem como a todas as doenças classificadas no CID e listadas no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, obedecidas às condições de inclusão no plano nos prazos previstos, com ou sem carência.

12.37 Disponibilizar de seu quadro de pessoal, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, pelo menos um funcionário para permanecer à disposição da CONTRATANTE, totalizando 40 horas semanais, em local por ele determinado, com a estrutura de um posto de serviço, exclusivamente para tratar de assuntos relacionados com a execução deste Contrato.

12.37.1 Em situações de inadequação à prestação dos serviços, atender, de imediato, às solicitações da CONTRATANTE quanto às substituições do funcionário designado pela CONTRATADA.

12.37.2 Prestar os serviços sem limite de utilização, em conformidade com a Lei nº 9.656/1998, Portaria Normativa MPOG nº 01, de 09 de março de 2017 e demais Resoluções Normativas, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS vigentes, o Edital e seus anexos.

12.38 Não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergência.

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

12.40 Atualizar, sempre que houver alteração na sua página web/home page/site/sítio eletrônico, a relação dos profissionais e entidades prestadoras de serviço credenciados. Notificar mensalmente por escrito e ou por meio eletrônico (e-mail) à CONTRATANTE as alterações na sua rede credenciada.

12.41 Incluir no início da vigência do contrato os beneficiários na condição de titulares, dependentes e agregados (integrantes da atual carteira de vidas na data da assinatura do contrato).

12.41.1 Nas renovações contratuais poderão ser incluídos, sem o cumprimento de carência, novos beneficiários na condição de titulares e dependentes, exceto na condição de agregados.

12.42 Manter ativa, durante a vigência do Contrato, quantidades iguais ou superiores de estabelecimentos e profissionais constantes da rede credenciada informada quando da contratação, avisando tempestivamente eventuais alterações, respeitando-se o padrão de qualidade dos estabelecimentos e serviços oferecidos.

12.43 No caso de descredenciamento, a CONTRATADA deverá garantir aos beneficiários internados ou em tratamento hospitalar a continuidade dos serviços prestados.

12.44 Sanar toda e qualquer inconsistência na movimentação de beneficiários em até 24 horas após ter sido comunicada.

12.45 Comunicar formalmente e por escrito à CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato impeditivo à fiel execução do contrato.

13. DA REDE CREDENCIADA E LOCAL DE EXECUÇÃO DO CONTRATO

13.1 A CONTRATADA deverá apresentar a relação com a rede de prestadores/atendimento credenciada para o Plano de Assistência Médico-Hospitalar, em âmbito nacional contemplando atendimento de médicos/consultórios, laboratórios e hospitais em todas as Unidades da Federação.

13.2 Na relação mencionada no item 13.1 deve constar no mínimo 03 (três) hospitais próprios ou credenciados/referenciados nas capitais dos Estados da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Distrito Federal, e pelo menos 01 (um) hospital nas capitais dos demais Estados, os quais deverão apresentar, pelo menos, a seguinte infraestrutura:

a) Pronto Socorro;

b) UTI;

c) Internação com acomodação em enfermaria e/ou apartamento; e

d) Procedimentos médicos/serviços auxiliares para cirurgias.

13.3 Os serviços deverão estar disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, dependendo dos horários de atendimento dos médicos e unidades hospitalares credenciados pela CONTRATADA.

13.4 Encaminhar, trimestralmente, à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

13.5 Assegurar aos beneficiários os serviços de acordo com as condições correspondentes a cada plano estabelecido em sua proposta.

13.6 Manter durante toda a execução do objeto contratual todas as condições de habilitação e qualificações exigidas.

13.7 Manter durante a vigência deste Contrato a prestação dos serviços em todas as localidades onde o CONTRATANTE mantiver Unidade/Representação/Escritório e nas quais não exista infraestrutura da própria CONTRATADA;

13.8 Prestar os serviços relativamente às doenças e/ou deficiências preexistentes à celebração do Contrato, bem como a todas as doenças classificadas no CID e listadas no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, obedecidas às condições de inclusão no plano nos prazos previstos, com ou sem carência.

13.9 Disponibilizar de seu quadro de pessoal, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, pelo menos um funcionário para permanecer à disposição da CONTRATANTE, totalizando 40 horas semanais, em local por ele determinado, com a estrutura de um posto de serviço, exclusivamente para tratar de assuntos relacionados com a execução deste Contrato.

13.9.1 Em situações de inadequação à prestação dos serviços, atender, de imediato, às solicitações da CONTRATANTE quanto às substituições do funcionário designado pela CONTRATADA.

13.10 Assegurar aos beneficiários que as autorizações para os procedimentos sejam feitas de forma ágil, eficiente e eficaz, preferencialmente em tempo real, por telefone ou internet através de senha eletrônica e atendam integralmente as premissas da RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016 que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação tendo inclusive seus prazos e premissas de cortesia, educação e sigilo cumpridas.

13.11 Providenciar a imediata correção das deficiências nos serviços contratados, comunicadas pela CONTRATANTE.

13.12 Implementar o cadastro inicial de vidas em banco de dados próprio com 72 (setenta e duas) horas de antecedência ao início da vigência do contrato.

13.13 Realizar trimestralmente pesquisa qualitativa junto aos beneficiários para avaliação dos serviços prestados.

13.13.1 Os resultados da pesquisa deverão ser apresentados à CONTRATADA no mínimo em duas oportunidades a cada ano do contrato. Conjuntamente CONTRATANTE e CONTRATADA avaliarão os resultados alcançados através da Pesquisa de Satisfação e verificarão a necessidade de adoção de medida(s) para a melhoria dos itens que impactaram negativamente nos níveis de satisfação dos beneficiários.

13.13.2 A título de sugestão, a pesquisa poderá ser composta por questionário contendo perguntas de múltipla escolha e ou descritivas com atribuição de notas classificatórias, com no máximo 10 (dez) e no mínimo 05 (cinco) perguntas. A aplicação poderá ser feita por meio eletrônico (e-mail) por plataformas (software) específicas de pesquisas e ou por telefone.

13.13.2.1 Modelo sugestivo de pesquisa de satisfação, Anexo IV

13.13.3 Os resultados da pesquisa deverão ser apresentados à CONTRATADA no mínimo em duas oportunidades a cada ano do contrato. Conjuntamente CONTRATANTE e CONTRATADA avaliarão os resultados alcançados através da Pesquisa de Satisfação e verificarão a necessidade de adoção de medida(s) para a melhoria dos itens que impactaram negativamente nos níveis de satisfação dos beneficiários.

14. GESTÃO DO CONTRATO

14.1 Dos Custos com Impostos, Taxas, Acessórios e Outros

14.1.1 Os custos com os tributos, contribuições fiscais e parafiscais que incidam ou venham a incidir, direta e indiretamente, sobre os serviços, bem como as despesas com pessoal, manutenção e outros para execução do objeto, serão de responsabilidade única e exclusiva da empresa vencedora.

14.1.2 São custos da CONTRATADA, todo e qualquer valor pertinente à prestação dos serviços como um todo, atendendo plenamente as necessidades dos ÓRGÃOS CONCEDENTES.

14.1.3 A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

14.1.3.1 A inadimplência da CONTRATADA, com referência aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transferirá a CONTRATANTE a responsabilidade por seu pagamento, nem onerará o objeto do contrato.

15. OBRIGAÇÕES DA AUTARQUIA CONTRATANTE

15.1 Fornecer à Operadora de Saúde a relação de servidores ativos, aposentados, pensionistas, dependentes e agregados aptos a inscreverem-se no Plano de Saúde.

15.2 Encaminhar, por escrito, à CONTRATADA as solicitações de inclusões e alterações mensalmente, a qualquer tempo.

15.2.1. As exclusões deverão seguir as regras previstas na Resolução Normativa – RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, conforme observado no item 10.3.

15.3 Comunicar, por escrito, à CONTRATADA qualquer alteração que implique atualização de dados cadastrais próprios, incluindo endereço de e-mail, endereço residencial e telefone (s), do beneficiário titular, de seu (s) dependente (s) e agregado (s), bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de beneficiário/dependente/agregado.

15.4 Solicitar, por escrito, à CONTRATADA a exclusão dos titulares do Programa de Assistência à Saúde, nos seguintes casos:

1. morte;
2. exoneração ou demissão;
3. quando não mais se enquadrar nas disposições constantes no art. 241 da Lei nº 8.112/90;
4. destituição de cargo em comissão ou função comissionada;
5. quando solicitado pelo titular.

15.4.1 No caso de morte do titular, ficará garantido aos dependentes, na forma do item 7.2.2, o exercício da REMISSÃO, pelo prazo de 6 (seis) meses contados a partir do 1º dia do mês subsequente ao mês do falecimento.

15.4.2 O órgão ou entidade deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência no plano, de forma inequívoca, se tornando beneficiário titular.

15.4.3 Os dependentes de servidor falecido poderão optar pela adesão ao Programa de Assistência à Saúde, na qualidade de Pensionista, sem cumprimento de carência para utilização dos serviços.

15.4.4 A opção que se trata acima, deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data da comunicação a que se refere o item 15.4.

15.5 O envio do cadastro inicial, contendo todos os beneficiários do plano, em forma de planilha eletrônica, no formato "Excel", será remetido através de mídia eletrônica ou por correio eletrônico.

15.5.1 O envio da planilha deverá obedecer um prazo mínimo inicial de 120 (cento e vinte) horas, ou 5 (cinco) dias corridos, pela CONTRATANTE à CONTRATADA tendo em vista o prazo previsto de implementação.

15.6 Efetuar o pagamento à CONTRATADA de acordo com as condições e premissas estabelecidas no Contrato;

15.7 Designar um representante para acompanhar e fiscalizar as ocorrências entre CONTRATANTE, CONTRATADA e beneficiários. Efetuar averiguações periódicas e adotar procedimentos objetivando a regularidade e correção da assistência médico-hospitalar contratada, devendo comunicar à CONTRATADA, por escrito, toda e qualquer irregularidade observada, sugerir melhorias, propor regularização de falhas observadas e providências cabíveis.

16. DA CARÊNCIA

16.1 Não haverá carência para a prestação dos serviços aos beneficiários (titulares, dependentes e agregados), desde que firmem o Termo de Adesão em até 60 (sessenta) dias da data de assinatura do Contrato, bem como para os servidores que ingressarem no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan e que manifestarem opção pela inclusão no Plano de Saúde, mediante Termo de Adesão, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do ato da respectiva posse.

16.2 Não haverá carência, também, para os novos dependentes que se enquadrarem nas exigências do subitem 7.3.

16.2.1 Os recém-nascidos tem cobertura imediata, por um prazo de 30 dias.

16.2.2 A continuidade da cobertura dos recém-nascidos ficará condicionada à sua inclusão no Plano de Saúde até o trigésimo dia a contar após o nascimento.

16.3 Respeitando as disposições estabelecidas acima, o período de carência máxima a que ficarão sujeitos os beneficiários, que se cadastrarem após o prazo consignado no item 16.1 nos termos do artigo 12 da Lei nº 9.656/98, será de:

1. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência;
2. 30 (trinta) dias para consultas;
3. 300 (trezentos) dias para parto a termo; e
4. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

16.4 As migrações entre planos ofertados pela CONTRATADA poderão ocorrer:

16.4.1 Sem cumprimento de carência:

16.4.1.1 Nas alterações solicitadas pela CONTRATANTE dentro dos primeiros 60 (sessenta) dias de vigência do contrato e em até 60 (sessenta) dias após o aniversário do contrato.

16.4.1.2 Nas alterações de plano superior para básico, solicitadas pela CONTRATANTE após 12 (doze) meses, a contar da vigência do contrato ou do seu aniversário no caso de renovação.

16.4.2 Com cumprimento de carência:

16.4.2.1 Nas alterações solicitadas pela CONTRATANTE após 60 (sessenta) dias do início do contrato ou do seu aniversário, quando de plano básico para superior, sujeitando-se o beneficiário aos prazos previstos no item 11.3, apenas para aqueles serviços não disponíveis no plano de origem.

16.5 Compete ao beneficiário titular comunicar de imediato à Coordenação de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - COBEN/COGEP/DPA, qualquer alteração que implique na atualização de dados cadastrais próprios ou de seus dependentes, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de beneficiário dependente.

16.5.1 São considerados dados cadastrais do beneficiário titular, beneficiários e agregados, o endereço completo, endereço eletrônico (e-mail), telefone(s) fixo(s) residencial e comercial e telefone(s) celular(es).

17. DO CUSTEIO

17.1 O pagamento integral da mensalidade do plano de assistência à saúde suplementar é de total responsabilidade do beneficiário titular de plano de saúde, por meio de consignação em folha de pagamento, situação que ensejará o direito de concessão pela CONTRATANTE do benefício per capita – saúde suplementar, custeado pela União, conforme Portaria MPOG nº 08, de 13 de janeiro de 2016.

17.2 O valor da *per capita* será concedida pela CONTRATANTE de acordo com o disposto nos itens 6.1.1 e 6.1.2, aos beneficiários regularmente inscritos no plano de saúde e cadastrados no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, observado o valor a ser pago relativo a cada beneficiário, conforme faixa de remuneração e faixa etária estabelecidas na Portaria MPOG nº 08, de 13 de janeiro de 2016 e eventuais alterações posteriores.

17.2.1 A mensalidade do beneficiário titular, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em contrato e seu pagamento será efetuado mediante consignação em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos e pensionistas no SIAPE, de acordo com o disposto no Decreto nº 8.690, de 11 de março de 2016.

17.2.2 Após o processo de consignação em folha de pagamento e na possibilidade de que o servidor não possua margem consignável, a cobrança do valor do seu plano de saúde, o que inclui também os valores relativos aos dependentes e agregados será efetuada mediante boleto bancário.

17.2.3 Efetuada a quitação por meio de boleto bancário ou retomada a margem consignável, o beneficiário titular no plano de saúde, receberá o valor relativo à participação da União no custeio da saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 01, de 09 de março de 2017 e a Portaria MPOG nº 08, de 13 de janeiro de 2016 a título de ressarcimento, observado o cronograma da folha de pagamento;

17.3 Não haverá reembolso de recursos financeiros pela CONTRATANTE no custeio das mensalidades do plano de saúde, bem como não se responsabilizará pelas obrigações financeiras dos seus beneficiários junto à CONTRATADA.

17.4 Poderá a CONTRATADA promover a exclusão do beneficiário que, por fraude ou por não pagamento do valor da mensalidade do plano de saúde por período superior de 60 (sessenta dias), consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

17.4.1 O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão, previsto no caput, encontra-se condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência;

17.4.2 Fica garantido à CONTRATADA o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso.

18. DA COPARTICIPAÇÃO NO CUSTO NAS CONSULTAS

18.1 Será cobrada a coparticipação nas consultas médicas efetuadas pelos beneficiários, limitada a 20% (vinte por cento), que incidirá sobre o valor constante da Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos e Hospitalares praticada pela CONTRATADA, a qual deverá constar da proposta participante do certame licitatório e será cobrada pela CONTRATADA juntamente com a mensalidade por meio de consignação em folha de pagamento no SIAPE.

18.2 Caso o beneficiário titular não possua margem suficiente para que seja efetuada a cobrança consignada da coparticipação em determinada competência, de acordo com as regras que disciplinam o funcionamento do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, a CONTRATADA providenciará a emissão de boleto bancário ou débito em conta corrente para pagamento da referida coparticipação.

18.3 Eventuais atualizações dos valores de coparticipação serão comunicadas a CONTRATANTE mediante a apresentação pela CONTRATADA de planilhas demonstrativas de custos assistenciais, em conformidade com as normas e disposições estabelecidas pela Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP/MP).

19. DO REEMBOLSO

19.1 Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde suplementar, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados. O reembolso será efetuado pela CONTRATADA de acordo com a Tabela de Reembolso de Procedimentos Médicos e Hospitalares da mesma, de forma a manter a universalidade dos valores, pagável no prazo máximo de 15 (quinze) dias consecutivos, a contar da data de apresentação do comprovante de pagamento.

19.2 Nos locais onde exista deficiência de atendimento da rede credenciada pela CONTRATADA, ou em situações que impeçam o atendimento por esta (greves, paralisações, outras), o reembolso ao beneficiário será efetuado no valor do recibo apresentado, limitado ao montante de até 2 (duas) vezes o valor da Tabela da Associação Médica Brasileira - AMB vigente, sendo efetuado pela CONTRATADA, no prazo máximo de 15 (quinze) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

19.2.1 A Tabela da Associação Médica Brasileira – AMB é parte integrante deste Termo de Referência e deve ser disponibilizada a qualquer tempo pela CONTRATADA a pedido da CONTRATANTE.

19.2.2 A Tabela de Reembolsos com valores expressos em moeda nacional utilizada pela CONTRATADA é parte integrante deste Termo de Referência e deve ser disponibilizada a qualquer tempo pela CONTRATADA a pedido da CONTRATANTE.

19.3 Nas situações indicadas nos itens 19.1 e 19.2 os beneficiários para se habilitarem ao reembolso das despesas por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

19.3.1 Discriminação das despesas, incluindo relação com procedimentos, materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas, recibos e ou notas fiscais do hospital, profissionais de saúde e ou de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais (pessoas físicas e ou pessoas jurídicas com respectivos CPFs e CNPJs);

19.3.2 Anexar as vias originais das faturas, recibos e ou notas fiscais de pagamento dos honorários médicos, hospitais, profissionais de saúde e ou de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais (pessoas físicas e ou pessoas jurídicas com respectivos CPFs e CNPJs);

19.3.3 Anexar o (s) relatório (s) do (s) profissional (is) responsável (is), justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

19.3.4 Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

19.4 Os medicamentos utilizados durante a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares cobertos deverão ser reembolsados de acordo com a tabela vigente.

19.5 Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e o pensionista deverão apresentar a documentação, conforme descrito no item 19.3, no prazo máximo de 90 (noventa) dias corridos contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

20. DA REMOÇÃO

20.1 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, devendo, entretanto:

20.1.1 Ser solicitada pelo médico assistente, através de relatório, descrevendo a impossibilidade de locomoção do beneficiário.

20.1.2 Ocorrer por via terrestre e até o estabelecimento médico-hospitalar mais próximo da CONTRATADA, com condições técnicas de prestar o atendimento.

20.1.3 Constar do relatório de solicitação a necessidade de ambulância UTI e/ou de acompanhamento médico, quando for o caso.

20.1.4 Realizar procedimentos essenciais ao acompanhamento da patologia que gerou a intervenção, ou de evento essencial à manutenção da saúde do beneficiário.

20.1.5 Remoção do beneficiário, em ambulância, inclusive com UTI Móvel, própria ou contratada de terceiros, obrigatoriamente acompanhada de médico assistente, no percurso hospital-hospital e residência-hospital, para atendimento de urgência e emergência médicas em geral, sem limite de quantidade ou valor para todos os planos.

20.2 Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude da carência de 24 horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

20.2.1 Quando não possa haver remoção por risco de morte, a CONTRATADA assumirá o ônus financeiro da continuidade da assistência.

20.2.2 Caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

20.2.3 A CONTRATADA deverá 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.

20.2.4 Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 13.7, a CONTRATADA estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

21. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

21.1 As atividades de gestão e fiscalização da execução contratual e todas as suas ações, com objetivos de acompanhamento e aferição dos resultados, verificação da regularidade das obrigações da CONTRATADA e da CONTRATANTE, serão desenvolvidas no âmbito do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional -

Iphan pelo ADMINISTRADOR e FISCAL ADMINISTRATIVO do contrato em conformidade com as atribuições propostas pela redação do art. 39 da IN nº 5 de 25 de maio de 2017.

21.2 A indicação e designação para ambas as funções, será efetivada pelo Diretor do Departamento de Planejamento e Administração – DPA, no exercício de suas atribuições.

21.2.1 No mesmo ato serão também indicados e designados os eventuais substitutos para as funções de Administrador e Fiscal do contrato.

21.2.2 Administrador e Fiscal, e respectivos substitutos, nos casos de desligamento da função, deverão proceder a elaboração de relatório registrando as ocorrências sobre a prestação dos serviços referentes ao período de sua atuação.

21.2.3 A comunicação entre os representantes do contrato, no âmbito do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional –Iphan, junto a CONTRATADA, e vice-versa deverá ser exercida por meio formal.

21.2.3.1 A comunicação formal eletrônica deverá ser encaminhada por meio eletrônico (e-mail) para o endereço: coben@iphan.gov.br.

21.2.3.2 A comunicação formal escrita deverá ser encaminhada para:

IPHAN SEDE

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO - DPA

A/C ADMINISTRADOR DO CONTRATO PLANO DE SAÚDE

SEPS 713/913 D - Asa Sul

70390-135 Brasília - DF

21.3 A fiscalização de que trata este item não exclui, diminui ou reduz a responsabilidade da CONTRATADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração, do Poder Público ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

21.4 A CONTRATADA deverá disponibilizar de seu quadro de pessoal, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, pelo menos um funcionário para permanecer à disposição da CONTRATANTE, totalizando 40 horas semanais, em local por ele determinado, com a estrutura de um posto de serviço, exclusivamente para tratar de assuntos relacionados com a execução deste Contrato.

22. PAGAMENTO

22.1 O pagamento será efetivado mensalmente, pelo CONTRATANTE à CONTRATADA considerando-se o total de vidas contratantes dos planos de saúde e considerando-se o valor da modalidade contratada, excetuando-se os valores que, por algum motivo, não foram descontados por meio de contra cheques do servidor ou pensionista:

22.2 O prazo para pagamento será de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da apresentação da Nota Fiscal/Fatura, que deverá conter o detalhamento dos serviços prestados, acompanhada dos demais documentos comprobatórios do cumprimento das obrigações da CONTRATADA.

22.3 O pagamento somente será efetuado após o “atesto”, pelo servidor competente da Nota Fiscal/Fatura apresentada pela CONTRATADA, que conterá o detalhamento dos serviços executados e será acompanhada dos demais documentos exigidos neste Edital.

22.3.1 O “atesto” fica condicionado à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada pela CONTRATADA com os serviços efetivamente prestados, bem como à seguinte documentação, que deverá obrigatoriamente acompanhá-la:

1. *Comprovação da regularidade fiscal, constatada através de consulta “on-line” ao SICAF, ou na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sites eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no artigo 29 da Lei nº 8.666, de 1993; e*

22.3.2 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que a CONTRATADA providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a CONTRATANTE.

22.4 Nos termos do artigo 36, § 6º, da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº 02, de 30/04/2008, será efetuada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a CONTRATADA:

22.4.1 Não produziu os resultados acordados;

22.4.2 Deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

22.4.3 Deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

22.5 Antes do pagamento, a CONTRATANTE verificará, por meio de consulta eletrônica, a regularidade do cadastramento da CONTRATADA no SICAF e/ou nos sites oficiais, devendo seu resultado ser impresso, autenticado e juntado ao processo de pagamento.

22.6 Caso seja constatada a situação de irregularidade da CONTRATADA junto ao SICAF, proceder-se-á a sua advertência, por escrito, no sentido de que, em prazo de 5 (cinco) dias úteis, a CONTRATADA regularize sua situação junto ao SICAF ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa, sob pena de rescisão do contrato.

22.6.1 O prazo acima poderá ser prorrogado a critério da administração, por igual período, mediante solicitação da CONTRATADA.

22.7 Quando do pagamento será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, inclusive quanto ao artigo 31 da Lei nº 8.212, de 1991, bem como o previsto na Instrução Normativa nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012, da Secretaria da Receita Federal do Brasil e alterações, sendo:

- RFB Nº 1244 de 30 de janeiro de 2012;
- RFB Nº 1540 de 05 de janeiro de 2015;
- RFB Nº 1552 de 02 de março de 2015;
- RFB Nº 1636 de 06 de março de 2016;
- RFB Nº 1663 de 07 de outubro de 2016.

22.8 Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 157, de 29 de dezembro 2016, e legislação municipal aplicável.

22.9 A CONTRATADA regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação por meio de documento oficial de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

22.10 O pagamento será efetuado por meio de Ordem Bancária de Crédito, mediante depósito em conta corrente, na agência e estabelecimento bancário indicado pela CONTRATADA, ou por outro meio previsto na legislação vigente.

22.11 Será considerada como data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

22.12 A CONTRATANTE não se responsabilizará por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela CONTRATADA, que porventura não tenha sido acordada no contrato.

22.13 Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a CONTRATADA não tenha concorrido de alguma forma para tanto, o valor devido deverá ser acrescido de encargos moratórios proporcionais aos dias de atraso, apurados desde a data limite prevista para o pagamento até a data do efetivo pagamento, à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, aplicando-se a seguinte fórmula:

$$EM = I \times N \times VP$$

EM = Encargos Moratórios a serem acrescidos ao valor originariamente devido

I = Índice de atualização financeira, calculado segundo a fórmula:

$$I = \frac{(6 / 100)}{365}$$

N = Número de dias entre a data limite prevista para o pagamento e a data do efetivo pagamento

VP = Valor da Parcela em atraso

23. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

23.1 O valor mensal estimado do contrato será de R\$ 1.898.779,61 (UM MILHÃO, OITOCENTOS E NOVENTA E OITO MIL, SETECENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E SESSENTA E UM CENTAVOS), perfazendo um montante anual de R\$ 22.785.355,32 (VINTE E DOIS MILHÕES, SETECENTOS E OITENTA E CINCO MIL, TREZENTOS E CINQUENTA E CINCO REAIS E TRINTA E DOIS CENTAVOS).

23.1.1 Foram considerados, para efeito do presente cálculo, os seguintes critérios:

- Total de vidas: **1.858** (um mil oitocentos e cinquenta e oito vidas);
- As respectivas vidas foram incluídas no Plano Básico, utilizando ANEXO VII, planilha 1.7.2, estimativa de preços média, AMIL, Bradesco, SulAmérica.
- A distribuição da carteira de vidas encontra-se demonstrada no ANEXO I deste Termo de Referência.

23.1.2 Não é parte integrante destes valores oriundos da coparticipação dos servidores, seus dependentes e agregados.

23.1.3 O valor estimado do contrato sofrerá alteração de acordo com o número de vidas que aderirem ao plano de saúde.

23.1.4 Deste número de **1.858** vidas, 46,93% pertence ao plano vigente, distribuídos conforme demonstra-se abaixo:

23.1.4.1 Plano Básico QC – Quarto Coletivo

ITEM	ENFERMARIA			
	Idade	Feminino	Masculino	Total
	0 a 18	9	21	30
	19 a 23	5	10	15
	24 a 28	18	10	28
	29 a 33	19	11	30
	34 a 38	21	14	35
	39 a 43	21	12	33
	44 a 48	8	9	17
	49 a 53	16	9	25
	54 a 58	31	19	50
	59 ou +	195	116	311
	TOTAL	343	231	574

23.1.4.2 Plano Básico QP – Quarto Privativo

ITEM	APARTAMENTO			
	Idade	Feminino	Masculino	Total
	0 a 18	6	12	18
	19 a 23	3	3	6
	24 a 28	3	4	7
	29 a 33	11	5	16
	34 a 38	9	4	13
	39 a 43	6	8	14
	44 a 48	0	4	4
	49 a 53	9	3	12

54 a 58	17	5	22
59 ou +	126	58	184
TOTAL	190	106	296

23.1.4.3 Total de vidas

ITEM	ENFERMARIA			APARTAMENTO		
	Idade	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino
0 a 18	9	21	30	6	12	18
19 a 23	5	10	15	3	3	6
24 a 28	18	10	28	3	4	7
29 a 33	19	11	30	11	5	16
34 a 38	21	14	35	9	4	13
39 a 43	21	12	33	6	8	14
44 a 48	8	9	17	0	4	4
49 a 53	16	9	25	9	3	12
54 a 58	31	19	50	17	5	22
59 ou +	195	116	311	126	58	184
TOTAIS	343	231	574	190	106	296
TOTAL DE VIDAS						870

24. REAJUSTE

24.1 O contrato não poderá sofrer reajuste, ou seja, variação positiva de preços, em prazo inferior a 12 (doze) meses da data do início da prestação dos serviços.

24.1.1 Ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou norma superveniente.

24.2 O reajuste ocorrerá anualmente, contando a partir da assinatura do contrato, cujo percentual observará a variação dos custos médicos e hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro (VCMH), devendo a CONTRATADA apresentar Nota Técnica Atuarial demonstrando a evolução dos custos e a sinistralidade, considerando exclusivamente a massa de beneficiários da CONTRATANTE, com observância de eventuais diretrizes emanadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

24.3 Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano, 12 (doze) meses, será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

24.3.1 Caberá à CONTRATADA a iniciativa do pedido.

24.4 A alteração de valor por mudança de faixa etária dos beneficiários deverá ser efetuada tendo como base os preços contratados para as respectivas faixas etárias, e os reajustes e as revisões que porventura tenham ocorrido entre o período da contratação e o da efetiva mudança de faixa etária, incidindo no mês seguinte àquele em que o beneficiário mudou de faixa etária.

24.5 Os novos preços deverão necessariamente observar o limite da variação entre os valores por faixa etária, de 15%, assim como a diferença de preço entre os planos básicos (enfermaria) e apartamento, de 17%.

24.6 O Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan poderá realizar diligências para conferir a variação de custos alegada pela CONTRATADA.

24.7 O reajuste dos valores contratuais também está sujeito às normas estabelecidas nos artigos 19 a 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. Para o art. 19 importa observar a nova redação proposta pela Resolução Normativa nº 204, de 01 de outubro de 2009 ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e no art. 47 da Portaria Normativa nº 01/2017, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MPOG.

24.8 O cálculo da sinistralidade no período observado irá considerar os meses os quais a severidade final já esteja formada, de fato ou através de estimativa de IBNR (sinistros ocorridos e não avisados), por data de realização do procedimento pelo Usuário.

24.9 O índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas, a sinistralidade, demonstra a relação entre as despesas assistenciais e o total de receitas com a operação de plano de saúde, às contraprestações efetivas.

Eventos Indenizáveis

Sinistralidade = _____

Contraprestações Efetivas

24.10 A sinistralidade por tipo de carteira considera as despesas/ receitas desagregadas e não desagregadas por tipo de carteira. As despesas/receitas não desagregadas são lançadas no cálculo do indicador de acordo com a proporção das despesas/ receitas desagregadas da carteira em relação ao total das despesas/receitas desagregadas da operadora.

24.11 A CONTRATADA se obriga a apresentar, mensalmente, relatórios analíticos, bem como os eventos com identificação dos Usuários (grupo familiar) em meio eletrônico, sobre a performance financeira do contrato.

24.12 Para cálculo do percentual de reajuste por sinistralidade sugere-se que seja utilizada a seguinte equação:

$$Rs = (S/Sm) - 1.$$

Onde: Rs = Reajuste por sinistralidade;

S = Sinistralidade apurada na carteira;

Sm = Meta de sinistralidade da carteira, expressa em todos os contratos da carteira.

Para fins de cálculo da sinistralidade dos contratos com período de 12 meses consecutivos.

A sinistralidade é dada pela proporção entre os custos assistenciais e as receitas diretas da carteira, a saber:

$$S = C.A./Re.$$

Onde: C.A. = custos assistenciais, referentes aos custos provenientes do atendimento médico dos beneficiários dos planos de saúde;

Re = receitas apuradas, referentes às receitas das mensalidades de plano de saúde.

24.12 A inobservância das disposições do item anterior impedirá a aplicação do aumento com base na sinistralidade.

24.13 É vedada a inclusão, por ocasião do reajuste, de custos não previstos na proposta inicial, exceto quando se tornarem obrigatórios por força normativa.

24.14 A CONTRATADA para a execução de remanescente de serviço tem direito ao reajuste conforme preceitua o art. 24, inciso XI da Lei nº 8.666, de 1993, devendo os seus preços serem corrigidos antes do início da contratação.

25. DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO CONTRATO

25.1 Os contratantes têm direito ao equilíbrio econômico-financeiro do contrato, procedendo-se à revisão do mesmo a qualquer tempo, desde que ocorra fato imprevisível ou previsível, porém de consequências incalculáveis, que onere ou desonere excessivamente as obrigações pactuadas no Instrumento Contratual ou ocorrência de índice de sinistralidade superior à 80% (oitenta por cento) nos últimos 12 (doze) meses, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Reajuste} = \{[(\text{Smédia}/\text{Pmédia})/0,8]-1\} * 100$$

Sendo:

Smédia = Sinistralidade média

Pmédia = Prêmio médio

25.2 A contratada, quando for o caso, deverá formular ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – Iphan, requerimento para a revisão do contrato, comprovando a ocorrência de fato imprevisível ou previsível, porém com consequências incalculáveis, que tenha onerado excessivamente as obrigações contraídas por ela.

25.3 Junto com o requerimento, a contratada deverá apresentar farta documentação evidenciando o quanto o aumento de preços ocorrido repercute no valor total pactuado.

26. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

26.1 Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993 e da Lei nº 10.520, de 2002, a CONTRATADA que:

26.1.1 Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

26.1.2 Ensejar o retardamento da execução do objeto;

26.1.3 Fraudar na execução do contrato;

26.1.4 Comportar-se de modo inidôneo;

26.1.5 Cometer fraude fiscal;

26.1.6 Não manter a proposta.

26.2 A Contratada que cometer qualquer das infrações discriminadas nos subitens acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:

26.2.1 Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a Contratante;

26.2.2 Multa moratória de 0,5 % (meio por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta dias) dias;

26.2.3 Multa compensatória de 30 % (trinta por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

26.2.4 Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

26.2.5 Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

26.2.6 Sanção de impedimento de licitar e contratar com órgãos e entidades da União com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos;

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

26.2.8 Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

26.3 Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que:

26.3.1 Tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meio doloso, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

26.3.2 Tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

26.3.3 Demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

26.4 A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.

26.5 As penalidades de multa decorrentes de fatos diversos serão consideradas independentes entre si.

26.6 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Contratante, observado o princípio da proporcionalidade.

27. DA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

27.1 Os serviços deverão, sempre que possível, ser executados de acordo com as orientações da Instrução Normativa nº 01, de 19/01/2010 do MPOG.

28. DA GARANTIA

28.1 Para assegurar a plena execução do contrato, a CONTRATADA prestará garantia, optando pela (caução/dinheiro ou títulos; seguro garantia; fiança bancária), em percentual equivalente a 5% (cinco) por cento do valor global do contrato.

28.2 A garantia prestada terá seu valor atualizado nas mesmas condições do contrato ou outras que vierem a ser expressamente determinadas pelo Governo Federal e que sejam aplicáveis à Administração Pública Federal;

28.3 A CONTRATANTE liberará ou restituirá a garantia prestada pela CONTRATADA após execução do presente contrato.

29. FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

29.1 Menor preço.

29.1.1 Para definição do menor preço no certame licitatório serão consideradas as propostas referentes ao Plano Ambulatorial - Enfermaria, obrigando-se os licitantes a ofertar os planos alternativos (opcionais), conforme disposto no item 8.1.3 deste Termo de Referência.

29.1.2 O critério para julgamento das propostas será o menor preço global considerando o Plano Ambulatorial - Enfermaria.

29.1.3 O preço global da proposta será obtido pelo somatório dos resultados do produto dos valores das mensalidades do Plano Ambulatorial – Enfermaria pelo quantitativo de beneficiários constantes no Anexo I deste Termo de Referência.

29.1.4 Os serviços serão cobrados por preço previamente determinado por faixas etárias.

29.1.5 O percentual de decréscimo referente ao valor global da proposta vencedora, em relação ao preço global máximo permitido, dever ser aplicado de forma linear sobre o preço máximo permitido de cada faixa etária, do presente Termo de Referência; e

29.1.6 A variação máxima entre os preços de cada faixa etária não pode ser superior a 15% (quinze por cento).

30. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

30.1 A habilitação técnica se dará por meio da comprovação de aptidão para o desempenho de atividades pertinentes e compatíveis em características, quantidades e prazos com o objeto desta licitação.

30.1.1 Apresentação de 01 (um) ou mais atestado (s) ou declaração (ões) de capacidade técnica, em nome do licitante, expedido por órgão, entidade pública ou por empresas privadas que comprove aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto deste Termo de Referência;

30.1.1.1 Considerar-se-ão, para efeito da avaliação e aceitação de atestado, “serviços compatíveis” aqueles de prestação de assistência médico-hospitalar, através de Plano ou Seguro Saúde, a um contingente mínimo de 1.500 (um mil e quinhentos) beneficiários.

30.2 Apresentação de declaração emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de que a empresa está autorizada a exercer as atividades constantes do objeto da presente licitação;

30.3 Apresentação da relação com a rede de prestadores/atendimento credenciada para o Plano de Assistência Médico-Hospitalar, em âmbito nacional contemplando atendimento de médicos/consultórios, laboratórios e hospitais em todas as Unidades da Federação de acordo com Anexos I e V deste Termo de Referência.

30.4 Para celebrar contrato com o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Iphan, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, com a redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 9 de março de 2004, a empresa prestadora de serviços de assistência à saúde deverá:

30.4.1 Estar em situação regular junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e

30.4.2 Observar o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Portaria Normativa MPOG nº 1, de 09 de março de 2017 e demais Resoluções Normativas, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS vigentes.

31. ESTIMATIVAS DE PREÇOS

31.1 Os valores referenciados abaixo refletem os valores atualmente pagos pelos servidores, pensionistas e seus beneficiários à operadora AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A sob a forma de mensalidade.

FAIXA DE REMUNERAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	AMIL ENFERMARIA	AMIL APARTAMENTO
	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10

até 1.499	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
	59 ou +	1.128,36	1.297,59
1.500-1.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
2.000-2499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
2.500-2.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
3.000-3.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
4.000-5.499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
5.500-7.499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
7.500 ou +	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
54 - 58	962,79	1.107,21	
59 ou +	1.128,36	1.297,59	

31.2 A definição dos preços a serem ofertados pelas operadoras depende de uma série de critérios técnicos, logísticos, financeiros administrativos, contábeis e outros

próprios, além dos critérios estabelecidos neste Termo de Referência e particularidades.

31.3 O resultado das estimativas detalhadas de preços, com ampla pesquisa de mercado conforme preceitua a IN nº 5, de 27 de maio de 2017 encontra-se disponível no ANEXO VII deste Termo de Referência.

O presente Termo de Referência regulará a contratação, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN, de empresa de prestação de serviços de assistência à saúde, cuja vigência se dará a partir de 31 de março de 2018.

Brasília - DF, 20 de fevereiro de 2018.

SÂNZIO ANTONIO MENDES VIEIRA

COORDENADOR DE ANÁLISE DE PROCESSOS, APLICAÇÃO DAS NORMAS E BENEFÍCIOS - SUBSTITUTO

De acordo. Encaminhe-se o presente Termo de Referência ao Senhor Diretor do DPA para possível aprovação e posterior encaminhamento.

MARIA APARECIDA CHAGAS FERREIRA

COORDENADORA-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS - SUBSTITUTA

APROVO o presente Termo de Referência. Encaminhe-se à Coordenação-Geral de Logística, Convênios e Contratos para os procedimentos de alçada.

MARCOS JOSÉ SILVA RÊGO

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

ANEXO I

Distribuição faixa etária por situação funcional

SITUAÇÃO FUNCIONAL	FAIXA ETÁRIA										TOTAL
	00 - 18	19 - 23	24 - 28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	>= 59	
ATIVO			6	43	109	77	44	83	140	171	673
APOSENTADO								1	9	690	700
REQUISITADO				1	5	3	2	4	9	9	33
SEM VINCULO		1	11	23	20	10	9	6	4	10	94
CEDIDO			1	1	4	3	2	9	6	9	35
EXCEDENTE					1				1		2
REQ. O. ORGAOS									1		1
EXERC. DESC.				1	18	12	9	2	6	3	51
EXERC. PROV.					1	1					2
CLT ANS									2		2
EXERC. § 7			4	0	6	3	1	4	4	26	48
BENEF. PENSÃO	16	4		3	2	5	4	7	18	158	217
										TOTAL GERAL	1858

ANEXO II

Valores Máximos de Referência – utilizando ANEXO VII, planilha 1.7.2, estimativa de preços média, AMIL, Bradesco, SulAmérica.

FAIXA ETÁRIA	R\$/TITULAR/MÊS			
	Quantidade estimada de beneficiários titulares	Plano Básico		Plano Superior
		Valor Unitário	Valor Mensal	
De 0 a 18 anos	16	239,88	R\$ 3.838,08	
De 19 a 23 anos	5	286,55	R\$ 1.432,75	
De 24 a 28 anos	22	354,81	R\$ 7.805,82	
De 29 a 33 anos	72	410,27	R\$ 29.539,44	
De 34 a 38 anos	166	455,63	R\$ 75.634,58	

De 39 a 43 anos	114	501,55	R\$ 57.176,70	
De 44 a 48 anos	71	594,68	R\$ 42.222,28	
De 49 a 53 anos	116	708,62	R\$ 82.199,92	
De 54 a 58 anos	200	872,66	R\$ 174.532,00	
59 anos ou mais	1076	1.323,79	R\$ 1.424.398,04	
Total	1858		R\$ 1.898.779,61	
Valor Global Anual (Plano Básico)		R\$ 22.785.355,32		

*A PROPOSTA DO PLANO ESPECIAL NÃO SERÁ CONSIDERADA PARA FINS DE CRITÉRIO DE JULGAMENTO DE PREÇO DA PROPOSTA.

ANEXO III

Planilha de custos e formação de preços

Itens de Custos	Composição - %
1 - Custos Assistenciais	
2 - Outros Custos Operacionais	
3 - Despesas Administrativas	
4 - Lucro	
5 - Tributos	
5.1 - ISSQN	
5.2 - COFINS	
5.3 - PIS	
5.4 - Outros Tributos (Especificar)	
Total de Tributos	
Total de Composição do Preço	100,00

ANEXO IV

Modelo de Pesquisa de Satisfação

1. Quão ágil é a utilização dos serviços da nossa empresa?

- Extremamente conveniente
- Muito conveniente
- Moderadamente conveniente
- Pouco conveniente
- Nada conveniente

2. Quão cortês o atendimento dos profissionais da nossa empresa?

- Extremamente cortês
- Muito cortês
- Moderadamente cortês
- Pouco cortês
- Nada cortês

3. Quão profissional é a nossa empresa?

- Extremamente profissional
- Muito profissional
- Moderadamente profissional
- Pouco profissional
- Nada profissional

4. Em comparação com os nossos competidores, a qualidade do nosso serviço é superior, inferior ou a mesma? w 2

- Extremamente superior
- Moderadamente superior
- Pouco superior
- Mesma
- Pouco inferior
- Moderadamente inferior
- Extremamente inferior

5. Quão prestativa é a nossa empresa?

- Extremamente prestativa
- Muito prestativa
- Moderadamente prestativa
- Pouco prestativa
- Nada prestativa

6. Até que ponto recomendaria a nossa empresa?

- Extremamente provável
- Muito provável
- Moderadamente provável
- Pouco provável
- Nada provável

ANEXO V

Quadro Demonstrativo dos Serviços por Unidade da Federação

IPHAN - IPHAN		
CIDADE	ESTADO	REGIÃO
Rio Branco	AC	Norte
Manaus	AM	
Macapá	AP	
Belém	PA	
Porto Velho	RO	
Boa Vista	RR	
Natividade	TO	
Maceió	AL	Nordeste
Cachoeira	BA	
Lençóis	BA	
Porto Seguro	BA	
Rio de Contas	BA	
Salvador	BA	
Fortaleza	CE	
Icó	CE	
Sobral	CE	
Alcântara	MA	
São Luís	MA	
João Pessoa	PB	
Olinda	PE	
Recife	PE	
São Raimundo Nonato	PI	
Teresina	PI	
Natal	RN	
Aracaju	SE	
Brasília	DF	Centro-Oeste
Goiânia	GO	
Goiás	GO	
Pilar de Goiás	GO	
Pirenópolis	GO	

Campo Grande	MS	
Corumbá	MS	
Cuiabá	MT	
Vitória	ES	Sudeste
Belo Horizonte	MG	
Caeté	MG	
Congonhas	MG	
Diamantina	MG	
Mariana	MG	
Ouro Preto	MG	
Sabará	MG	
São João Del Rey	MG	
Serro	MG	
Tiradentes	MG	
Cabo Frio	RJ	
Niterói	RJ	
Paraty	RJ	
Petrópolis	RJ	
Rio de Janeiro	RJ	
Vassouras	RJ	
São Paulo	SP	
Curitiba	PR	Sul
Lapa	PR	
Antonio Prado	RS	
Porto Alegre	RS	
São Miguel das Missões	RS	
Florianópolis	SC	
Laguna	SC	
São Francisco do Sul	SC	

ANEXO VI

Quadro Demonstrativo de Distâncias Máximas para Rede Credenciada

Regiões	Cidade	Distância Máxima	Cidade(s) mais próxima (s) com rede hospitalar particular (Km)
Norte	Manaus		
	Boa Vista		
	Belém		
	Macapá		
	Palmas		
	Natividade	160 km	Porto Nacional (146) Gurupi (160)
	Porto Velho		
Nordeste	Teresina		
	São Raimundo Nonato	30 km	
	São Luiz		
	Alcântara		
	Fortaleza		
	Sobral	30 km	
	Icó	30 km	
	Natal		
	João Pessoa		
	Recife		
	Olinda		
	Jaboatão		
	Alagoas		
	Maceió		
	Sergipe		
	Aracaju		
	Bahia		
Salvador			
Porto Seguro		Eunápolis (70 Km)	
Lençóis	60 km	Seabra (54)	
Cachoeira	80 km	Feira de Santana (45)	
		Salvador (75)	
Rio de Contas	150 km	Seabra (139)	
Centro Oeste	Brasília		
	Goiânia		
	Pirenópolis		
	Goiás		
	Pilar de Goiás	50 km	Itapaci (25)

	Cuiabá		
	Campo Grande		
	Corumbá		
Sudeste	Rio de Janeiro		
	Petrópolis		
	Paraty		
	Niterói		
	Cabo Frio		
	Vassouras		
	São Paulo		
	Tietê		
	Minas Gerais		
	Belo Horizonte		
	Ouro Preto		
	Congonhas		
	Serro		
	Mariana		
	Tiradentes		
	Diamantina		
São João Del Rey			
Caeté			
Sabará			
Espírito Santo			
Vitória			
Santa Teresa			
Sul	Rio Grande do Sul		
	Porto Alegre		
	São Miguel das Missões	60 km	Santo Ângelo (52)
	Antonio Prado	50 Km	Caxias do Sul (43)
	Santa Catarina		
	Florianópolis		
	Laguna		
	São Francisco do Sul		
	Paraná		
	Curitiba		
	Lapa		

ANEXO VII

1. INFORMAÇÕES GERAIS

1.1 O resultado das estimativas de preços apenas aproxima-se de um cenário real.

1.2 Estima-se a ocorrência de considerável margem de imprecisão considerando-se que a definição dos preços a serem ofertados pelas operadoras depende de uma série de critérios técnicos, logísticos, financeiros administrativos, contábeis e outros próprios, além dos critérios estabelecidos neste Termo de Referência e particularidades.

1.3 Registra-se também alguns fatores constatados ao longo das pesquisas e considerados relevantes para a estimativa de formação de preços.

1.3.1 Foram pesquisadas 37 (trinta e sete) empresas prestadoras de serviços de saúde^[1], e apenas 3 (três), ou seja, 8,11%, disponibilizam de forma pública as informações sobre planos de saúde com cobertura de atendimento nacional, sendo:

- Amil,
- Bradesco Seguros
- SulAmerica Seguros.

1.3.2 Observou-se que 100% das empresas que disponibilizam plano de saúde com cobertura de atendimento nacional, precificam suas propostas de forma pública, segmentando os valores pela quantidade de vidas inseridas no plano e que os valores para planos com um número superior a 200 vidas dependem de estudos prévios e análises distintas para precificação.

Exemplo:

FAIXA ETÁRIA	NUMERO DE VIDAS (0 a 29)	NUMERO DE VIDAS (30 a 200)
00 - 18	A	(A x 0,1*) - A
19 - 23	B	(B x 0,1*) - B
24 - 28	C	(C x 0,1*) - C
29 - 33	D	(D x 0,1*) - D
34 - 38	E	(E x 0,1*) - E
39 - 43	F	(F x 0,1*) - F
44 - 48	G	(G x 0,1*) - G
49 - 53	H	(H x 0,1*) - H
54 - 58	I	(I x 0,1*) - I
59 ou +	J	(J x 0,1*) - J

(*) Onde 0,1 representa um percentual hipotético de 10%.

1.4 Registra-se ainda as tabelas de valores de referência dos planos de saúde citados no item I de 1.3 contido neste anexo foram obtidas dentro do previsto pelo parâmetro III do art. 2º da IN nº 3 de abril de 2017, em 16.02.2018, às 10:30 horas (Horário de Brasília). Os valores referenciados são de fevereiro do presente ano.

1.5 As tabelas de preço referência utilizadas como fonte de informação para a formação das estimativas apresentadas, encontram-se disponíveis a qualquer tempo, podendo ser formalmente solicitadas, para fins de comprovação, através do e-mail coben@iphan.gov.br;

1.6 Estimativas de preços

1.6.1 Amil Assistência Médica Internacional S/A, contrato vigente com valores que contemplam o reajuste previsto para abril do presente ano.

FAIXA DE REMUNERAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	AMIL ENFERMARIA	AMIL APARTAMENTO
até 1.499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
1.500-1.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
2.000-2499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
2.500-2.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
3.000-3.999	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
4.000-5.499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
59 ou +	1.128,36	1.297,59	
5.500-7.499	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21

	59 ou +	1.128,36	1.297,59
7.500 ou +	00 - 18	246,50	283,49
	19 - 23	284,43	327,10
	24 - 28	359,80	413,76
	29 - 33	417,29	479,90
	34 - 38	467,17	537,25
	39 - 43	522,95	601,38
	44 - 48	599,63	689,59
	49 - 53	735,21	845,48
	54 - 58	962,79	1.107,21
	59 ou +	1.128,36	1.297,59

1.6.2 SulAmérica, com 10% coparticipação, cobertura nacional e opções enfermária e apartamento.

SulAmerica PLANO I		SulAmerica Plano II	
Exato QC	ENFERMARIA	Exato QC	APARTAMENTO
229,69		256,68	
287,12		320,85	
356,03		397,85	
395,19		441,61	
422,85		472,51	
490,51		548,11	
586,35		655,22	
687,21		767,91	
818,12		914,20	
1.378,12		1.539,96	
		Classico QC	ENFERMARIA
		258,26	
		322,82	
		400,30	
		444,34	
		475,44	
		551,51	
		659,28	
		772,67	
		919,87	
		1.549,52	
		Classico QC	APARTAMENTO
		296,98	
		371,23	
		460,32	
		510,96	
		546,72	
		634,20	
		758,13	
		888,53	
		1.057,79	
		1.781,85	

1.6.3 Bradesco com 10% de coparticipação, cobertura nacional e opções enfermária e apartamento.

Bradesco Plano I		Bradesco Plano II		Bradesco Plano III		Bradesco Plano IV	
Nacional Flex QC	Nacional Flex QP	Preferencial Plus QC	Preferencial Plus QP	Top Nacional QC	Top Nacional QP	Top Nacional 2 QP	Top Nacional 3 QP
Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento	Enfermaria	Apartamento
244,15	271,28	264,26	310,89	287,23	338,52	348,68	375,76
288,10	320,11	311,83	366,85	338,94	399,45	411,44	443,39
348,60	387,33	377,31	443,89	410,12	483,34	497,84	536,51
418,32	464,80	452,77	532,67	492,15	580,00	597,41	643,81
476,88	529,88	516,16	607,25	561,04	661,21	681,05	733,94
491,20	545,77	531,64	625,46	577,87	681,05	701,48	755,96
598,05	664,50	647,30	761,53	703,59	829,21	854,09	920,42
703,43	781,59	761,36	895,72	827,56	975,32	1004,58	1082,60
837,08	930,10	906,02	1.065,90	984,81	1.160,63	1.195,44	1.288,29
1.464,90	1.627,66	1.585,54	1.865,34	1.723,41	2.031,10	2.092,03	2.254,52

1.6.4 Operadoras diversas. Planos Regionais

1.6.4.1 Operadoras 1 a 10.

PLANOS REGIONAIS										
ITEM	ALLIANZ	AMENO	AMEPLAN	AMIL SP	AMR	ANA COSTA	BIOSAÚDE	BIOVIDA SP	BLUE MED	BRADESCO SP
Idade	BASIC 10	GLOBAL PRG A14	BÁSICO	AMIL 200	AMR E	ANA COSTA E	IDEAL E	BV (E)	STANDAR E	FCE1
0 a 18	242,54	86,49	86,98	216,59	110,50	85,00	99,29	85,33	114,00	262,97
19 a 23	277,21	99,03	86,98	270,74	110,50	115,43	109,19	104,71	134,00	321,34
24 a 28	358,83	114,29	115,68	338,43	126,00	135,52	114,24	136,12	164,00	398,47
29 a 33	410,40	126,33	115,68	372,27	135,50	135,52	119,88	142,22	171,00	438,31
34 a 38	447,39	138,84	126,09	390,88	149,00	135,52	134,83	146,97	177,00	464,62
39 a 43	470,45	167,53	126,09	429,97	180,00	151,37	164,53	161,67	186,00	538,95
44 a 48	594,09	217,67	273,34	537,46	231,00	209,04	257,40	209,36	281,00	644,28
49 a 53	879,27	254,86	273,34	591,21	288,00	249,59	295,02	271,12	311,00	749,09
54 a 58	1125,47	358,12	379,95	739,01	350,00	358,92	344,52	351,10	387,00	891,42
59 ou +	1455,21	521,56	521,80	1293,27	590,00	508,92	594,00	510,85	671,00	1577,82

1.6.4.2 Operadoras 11 a 20.

PLANOS REGIONAIS										
ITEM	CAIXA SP	CARE PLUS	C.N UNINED	GARANTIA	GREENLINE	HEALTH	INTERCLINICAS	MEDTOUR	NEXT	NOTRE DAME
Idade	PRIMORDIAL C	SOHO 30	BÁSICO E	GS E	SELECT 11 E	SANTARIS E	VIP	SAFIRA E	MUNICIPAL SP	SMART 200
0 a 18	239,28	430,67	246,52	108,00	88,51	84,24	105,85	85,00	71,75	79,49
19 a 23	259,61	478,04	287,26	128,00	110,64	96,89	105,85	107,87	97,44	107,30

24 a 28	293,36	530,64	333,02	138,00	138,33	107,42	160,35	122,76	114,38	126,81
29 a 33	342,06	589,00	408,03	145,00	159,06	124,27	160,35	137,63	114,38	126,81
34 a 38	403,63	653,80	482,98	165,00	174,96	141,12	211,41	150,10	114,38	126,81
39 a 43	490,01	725,71	574,08	185,00	209,96	170,61	211,41	162,54	127,76	150,60
44 a 48	617,42	1055,90	602,81	210,00	272,96	198,00	421,26	236,01	176,44	195,78
49 a 53	750,16	1330,43	811,53	225,00	341,17	229,93	421,26	309,49	210,67	254,51
54 a 58	937,70	1995,65	1092,83	310,00	426,46	287,44	452,81	416,67	302,94	330,86
59 ou +	1434,68	(*)	1471,89	400,00	528,83	402,70	625,14	527,86	429,57	476,87

(*) Operadora Care-Plus: não oferece cobertura para idade igual e ou superior a 59 anos.

1.6.4.3 Operadoras 21 a 30

PLANOS REGIONAIS										
ITEM	One Health	Plena	Porto Seguro	Samed	Santa Helena	São Cristóvão	São Miguel	Seguros Unimed	Sampo	SulAmerica SP
Idade	Lincx LT3	Ouro E	Cristal IX	Bronze E	Ouro V	Paulo E	Especial II	Compacto E	Acesso E	Exato E
0 a 18	365,92	61,50	180,37	90,06	75,80	86,05	85,36	185,51	221,35	251,96
19 a 23	457,40	65,79	237,93	96,89	102,93	102,28	85,36	227,08	254,55	314,95
24 a 28	571,75	72,37	282,13	119,50	120,84	121,40	85,36	284,33	292,17	390,54
29 a 33	628,93	86,85	328,36	127,99	132,92	144,29	110,00	314,20	336,44	433,50
34 a 38	660,38	104,22	369,43	138,29	138,97	171,47	110,00	334,65	387,34	463,85
39 a 43	726,42	122,98	387,90	142,29	155,23	203,54	140,80	388,20	449,31	538,07
44 a 48	908,03	150,15	441,91	227,72	186,41	241,79	211,20	464,05	542,28	643,21
49 a 53	998,83	187,55	487,00	273,79	222,56	287,20	246,40	556,55	706,05	753,84
54 a 58	1248,54	243,82	541,11	352,45	319,98	341,42	308,00	660,77	953,94	897,45
59 ou +	2184,95	329,16	1082,04	530,54	453,83	516,28	510,40	1113,11	1325,78	1511,75

1.6.4.4 Operadoras 31 a 34

PLANOS REGIONAIS				
ITEM	Trasmonstano	Unihosp	Unimed Guarulhos	Unimed Jundiá
Idade	Platinum 100	Executivo 300	Essencial III	Jundiá E
0 a 18	87,35	68,34	69,95	88,67
19 a 23	93,98	82,01	89,54	101,95
24 a 28	105,59	94,31	95,09	117,03
29 a 33	138,21	103,74	97,84	134,77
34 a 38	169,17	114,11	106,86	155,15
39 a 43	176,92	139,22	121,81	179,98
44 a 48	226,15	180,98	170,95	217,20
49 a 53	254,45	235,27	228,36	282,81
54 a 58	370,06	287,03	256,20	382,09
59 ou +	474,94	407,58	417,61	531,05

1.7 ESTIMATIVAS DE PREÇOS MÉDIOS

1.7.1 Estimativas de Preços Média considerando as tabelas de preços apresentadas pelas 37 operadoras de saúde. Valores em Reais (R\$).

Idade	Média
0 a 18	148,06
19 a 23	175,09
24 a 28	209,9
29 a 33	234,8
34 a 38	258,67
39 a 43	291,39
44 a 48	373,52
49 a 53	448,93
54 a 58	573,99
59 ou +	793,82

1.7.2 Estimativa de Preços Média considerando as tabelas de preços apresentadas pelas 3 operadoras de saúde que dispõem de forma pública atuação em todo o território nacional. Valores em Reais (R\$)

Idade	Amil	SulAmerica	Bradesco	Valor Médio (R\$)
0 a 18	245,80	229,69	244,15	239,88
19 a 23	284,43	287,12	288,10	286,55
24 a 28	359,80	356,03	348,60	354,81
29 a 33	417,29	395,19	418,32	410,27
34 a 38	467,17	422,85	476,88	455,63
39 a 43	522,95	490,51	491,20	501,55
44 a 48	599,63	586,35	598,05	594,68
49 a 53	735,21	687,21	703,43	708,62

54 a 58	962,79	818,12	837,08	872,66
59 ou +	1.128,36	1.378,12	1.464,90	1.323,79

[1] Allianz, Ameno, Amealplan, Amil, Amil SP Amr, Ana Costa Empresa, Biosáude, Biovida, Blue Med, Bradesco, Bradesco SP, Caixa, Care Plus, Central Nacional Unimed, Garantia de Saúde, Green Line, Health Santaris, Interclínicas, Med Tour, Next, Notre Dame Intermédica SP, One-health, Plena, Porto Seguro, Samed, Santa Helena, São Cristóvão, São Miguel, Seguros Unimed, Sampo, SulAmerica, SulAmérica SP, Transmontano, Unihosp, Unimed Guarulhos, Unimed Jundiaí.



Documento assinado eletronicamente por **Sanzio Antonio Mendes Vieira, Coordenador de Análise de Processos, Aplicação das Normas e Benefícios - Substituto**, em 21/02/2018, às 09:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://sei.iphan.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **0306232** e o código CRC **6F4C2F40**.