

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS

DEPARTAMENTO DE AMBIÊNCIA E SAÚDE – DAES

A **Finep** – Financiadora de Estudos e Projetos torna pública, para ciência dos interessados, as inscrições para credenciamento de **Administradora de Benefícios** para a celebração de **Termo de Acordo de Parceria**, com o objetivo de disponibilizar o oferecimento de planos de assistência à saúde complementar registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com fundamento no caput do art. 30 da Lei nº 13.303 de 30 de junho de 2016, na Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, de acordo com o estabelecido no presente Edital e seus Anexos.

1. DO OBJETO

- 1.1. Expansão da política de atenção à saúde dos seus empregados e respectivos dependentes, bem como dos aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente, por meio de **credenciamento** de **Administradora de Benefícios**, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos beneficiários identificados no item 13 do Termo de Referência.

2. DA ENTREGA DOS ENVELOPES

- 2.1. A entrega dos envelopes contendo a documentação exigida poderá ocorrer a partir da data de publicação do Edital, até a data de abertura dos envelopes.
- 2.2. A abertura dos envelopes será realizada num prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação do edital, no dia e hora indicados abaixo:

Data: 25/02/2019

Hora: 10:00 horas

- 2.3. A documentação será recebida para análise no horário das 9h às 18h (horário de Brasília/DF), de segunda a sexta-feira, no protocolo da Finep-RJ situado à Avenida República do Chile, nº 330 – Torre Oeste, 10º andar, CEP: 20031-170, aos cuidados do Departamento de Contratações e Compras Administrativas – DCAD.

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

- 3.1. Poderão participar do processo de credenciamento para celebração de Termo de Acordo, as Administradoras de Benefícios que:
 - 3.1.1. Atendam às condições deste Edital e seus anexos e apresentem os documentos nele exigidos, em original ou por cópia autenticada em Cartório de Notas e Ofício competente, ou por empregado da Finep designado, à vista dos originais;
 - 3.1.2. Estejam previamente credenciadas no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF;
 - 3.1.3. Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a atuar na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009, com suas alterações;
 - 3.1.4. As operadoras disponibilizadas pelas Administradoras de Benefícios, não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou, no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, em decorrência do art. 9º da RN 196/2009 da ANS, ou, ainda, estarem em situação de direção técnica decretada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.
- 3.2. Não será admitida nesse processo de credenciamento a participação de Administradoras de Benefícios:
 - 3.2.1. Concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou liquidação.
 - 3.2.2. Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Finep suspenso, ou que tenham sido declaradas inidôneas;
 - 3.2.3. Estrangeiras que não funcionem no País.

4. DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

- 4.1. As empresas interessadas em participar do processo de credenciamento objeto deste Edital deverão, obrigatoriamente, apresentar no local informado no item 2 acima a documentação descrita no item 5 deste Edital, juntamente com sua proposta para credenciamento, com documentos sequencialmente enumerados em suas respectivas folhas e em papel timbrado da empresa.
- 4.2. As informações prestadas, assim como a documentação entregue, são de inteira responsabilidade do interessado, cabendo-lhe certificar-se, antes da sua inscrição, de que atende a todos os requisitos para participar do processo de credenciamento.
- 4.3. A apresentação da documentação implica no aceite do interessado em participar do processo de credenciamento junto à Finep e submissão, independentemente de declaração expressa, a todas as normas e condições estabelecidas no Edital e seus Anexos, bem como aos atos normativos pertinentes expedidos pela ANS, não sendo permitida, em hipótese alguma, qualquer alteração ou entrega de documento diverso do exigido no presente Edital.

5. DA HABILITAÇÃO E PROPOSTA DE PREÇOS

- 5.1. Para fins de habilitação ao credenciamento, a Administradora de Benefícios terá que satisfazer os requisitos relativos à habilitação jurídica, qualificação econômico-financeira, regularidade fiscal e trabalhista e qualificação técnica, devendo ainda cumprir o estabelecido no item 4 deste Edital.
- 5.2. Se a Administradora for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se filial, todos os documentos deverão estar em nome desta, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente forem emitidos somente em nome da matriz.
- 5.3. Será considerada como válida pelo prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data da respectiva emissão, a certidão que não apresentar prazo de validade, exceto se anexada legislação específica para o respectivo aumento.
- 5.4. Para fins de habilitação, a verificação em sítios oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova.

5.5. Para a Habilitação Jurídica:

- a) No caso de empresário individual, inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;
- b) Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, na forma da Resolução CGSIM nº 16, de 2009, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;
- c) No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;
- d) No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;
- e) No caso de cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971;
- f) Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;
- g) Decreto de autorização, em se tratando de sociedade empresária estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- h) No caso de procurador, deverá ser apresentado o instrumento público ou particular de mandato, com firma reconhecida em cartório, outorgando poderes expressos para que se manifeste pela

Administrador de Benefícios para formular propostas, interpor ou renunciar a recursos, e demais atos pertinentes à participação no credenciamento.

5.6. Para Regularidade Fiscal

- a) Certidão Conjunta Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, aprovado pela Portaria Conjunta PGFN/RFB nº 1.751, de 02/10/2014;
- b) Certificado de Regularidade do FGTS – CRF, expedido pela Caixa Econômica Federal;
- c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

5.7. Para Habilidade Econômico Financeira

- a) Comprovação de boa situação financeira da Administradora de Benefícios, verificada por meio dos índices econômicos (LG – Liquidez Geral, LC – Liquidez Corrente, SG – Solvência Geral).
 - a.1) A Finep se reserva o direito de solicitar a apresentação das Demonstrações Contábeis para fins de análise e decisão quanto ao julgamento da qualificação econômico-financeira, sem prejuízo da consulta ao SICAF.
 - a.2) O resultado deverá ser igual ou maior do que 1 (um) em todos os índices acima, relativos a boa situação financeira.
 - a.3) No caso de as empresas apresentarem resultado inferior a 1 (um) em qualquer dos índices acima, deverão comprovar boa situação financeira por meio de Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social.
 - a.4) Caso sejam solicitadas as Demonstrações Contábeis mencionadas na alínea "a.1" acima, estas deverão ser apresentadas na forma da lei, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.
- b) Tratando-se de empresa constituída no ano corrente, esta deverá apresentar o Balanço de Abertura (Balanço Inicial), na forma da lei.
- c) Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física.

5.8. Para Qualificação Técnica:

- a) Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da Administradora de Benefícios, fornecido por pessoas jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadora(s) de planos de saúde, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- b) Documento comprobatório de autorização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar na modalidade Administradora de Benefícios, conforme a exigência da Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, com suas alterações;

- c) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução Normativa ANS nº 255, de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
 - d) Certidão expedida pela ANS de que a Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2018, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203 de 2009, com suas alterações.
- 5.9. Deverão ser apresentadas propostas de preços dos Planos de Saúde indicadas pela Administradora de Benefícios para os respectivos planos ofertados na forma constante no Termo de Referência – Anexo I deste Edital.
- 5.9.1. Os preços a serem ofertados para os planos de assistência à saúde deverão ser cotados por faixa etária de acordo com as disposições da Resolução Normativa ANS nº 63, de 2003.
- 5.9.2. Nos preços apresentados deverão estar inclusos todos os tributos e demais encargos, bem como todos os elementos essenciais para a execução dos serviços.

6. DO JULGAMENTO E HOMOLOGAÇÃO

- 6.1. A documentação de credenciamento apresentada será examinada pelo Departamento de Contratações e Compras Administrativas - DCAD e pelo Departamento de Ambiência e Saúde - DAES, subordinado à Área de Gestão de Pessoas – AGEP da Finep.
- 6.2. Não será credenciada a interessada que deixar de apresentar qualquer um dos documentos relacionados neste Edital e seus anexos, ou apresentá-los em desacordo com as demais exigências do presente Edital.
- 6.3. Atendida a todas as exigências do presente Edital, a interessada será declarada habilitada.
- 6.4. Transcorrido o prazo recursal e não havendo contestação, as propostas das empresas declaradas aptas ao credenciamento serão submetidas ao Diretor de Administração para homologação.

7. DOS RECURSOS

- 7.1. Divulgada a decisão, no tocante ao julgamento dos documentos apresentados, se dele discordar, a interessada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, contado do dia imediatamente subsequente ao do comunicado do resultado do julgamento.
- 7.1.1. O recurso deverá ser interposto ao Superintendente da Área de Gestão de Pessoas – AGEP e entregue no Protocolo Central da Finep, 10º andar do Edifício Ventura, Avenida Chile, nº 330, de 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h (horário de Brasília/DF).

8. DA FORMALIZAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

- 8.1. Para o fiel cumprimento das obrigações assumidas será firmado Termo de Acordo de Parceria com as Administradoras de Benefícios consideradas aptas ao credenciamento, com vigência de 12 meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos sucessivos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme minuta constante do Anexo II.
- 8.2. A Finep convocará as Administradoras de Benefícios aptas ao credenciamento para assinar os respectivos Termos de Acordo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da convocação, sob pena de decair do direito ao credenciamento.
- 8.3. Para a assinatura do Termo de Acordo as Administradoras de Benefícios deverão realizar as seguintes comprovações:
 - a) Declaração expedida por entidades públicas ou privadas, que demonstre a permissão de aproveitamento de carências entre as operadoras responsáveis pela prestação dos serviços de saúde;
 - b) Termos de Contrato, Acordos ou Ajustes de Conduta celebrados com operadora(s) de planos de saúde, em que estejam claramente definidas as responsabilidades das partes e que se comprove o conhecimento das condições do Termo de Acordo de Parceria que vier a ser assinado com a Finep.
- 8.4. O prazo para que a Administradora de Benefícios convocada encaminhe o Termo de Acordo assinado poderá ser prorrogado, uma única vez, por igual período, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Finep.

9. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PAGAMENTO

- 9.1. Inexiste a indicação e destaque de recursos orçamentários e financeiros provenientes da Finep a ser repassado diretamente para a Administradora de Benefícios credenciada, considerando que o pagamento das mensalidades do Plano de Assistência à Saúde é de responsabilidade dos beneficiários.
- 9.2. O pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde é de responsabilidade exclusiva do beneficiário junto à Administradora, sendo realizado mediante boleto bancário ou débito em conta corrente indicada na Proposta de Adesão pelo beneficiário titular.
- 9.3. A Administradora de Benefícios, na qualidade de estipulante dos planos, será responsável pela cobrança aos beneficiários, bem como pelo pagamento da prestação dos serviços às operadoras contratadas, não havendo, portanto, nenhum desembolso de recursos financeiros pela Finep para a execução deste Acordo de Parceria.

10. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS E DA RESCISÃO

- 10.1. As condições de execução dos serviços e de rescisão do Termo de Acordo de Parceria constarão no Termo de Referência – Anexo I deste Edital e no próprio Termo de acordo a ser assinado pelas partes - Anexo II.

11. DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO E DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

- 11.1. Os pedidos de esclarecimentos e impugnação deverão ser enviados em até 05 (cinco) dias úteis anteriores da data fixada para abertura dos envelopes.
- 11.2. As respostas aos pedidos de esclarecimento e as decisões de impugnação serão divulgadas em até 03 (três) dias úteis.
- 11.3. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a abertura dos envelopes, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.
- 11.4. Os pedidos de esclarecimentos ou impugnação deverão ser encaminhados exclusivamente por meio eletrônico, no endereço eletrônico pregoeiro@finep.gov.br, respeitando-se os prazos acima.
- 11.5. As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no edital.
- 11.6. As respostas às impugnações e os esclarecimentos prestados pela Finep serão entrinhados nos autos do processo de credenciamento e estarão disponíveis para consulta por qualquer interessado, podendo utilizar-se do site da Finep (<http://www.finep.gov.br>) para essas comunicações.

12. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Nenhuma indenização será devida aos participantes pela elaboração e/ou apresentação de documentação relativa ao presente Edital de Credenciamento, ou ainda, por qualquer outro motivo alegado em relação ao processo de credenciamento.
- 12.2. A aceitação das condições constantes deste Edital e de seus anexos será formalizada com a assinatura do respectivo Termo de Acordo.
- 12.3. Não serão aceitos documentos sob a forma de protocolo, em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.
- 12.4. Os casos omissos e as consultas referentes ao Edital poderão ser encaminhadas para o endereço eletrônico: pregoeiro@finep.gov.br.
- 12.5. Constituem partes integrantes deste Edital:
 - a) Anexo I - Termo de Referência;
 - b) Anexo II - Minuta de Termo de Acordo

13. DO FORO

- 13.1. Fica eleito o foro da cidade do Rio de Janeiro para dirimir qualquer controvérsia oriunda do presente credenciamento que não puder ser resolvida de comum acordo entre as partes, podendo a Finep optar pelo foro de sua sede.



MINISTÉRIO DA
CIÊNCIA, TECNOLOGIA,
INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES



Rio de Janeiro, 24/01/2019.

André Luz de Godoy

Diretor Administrativo

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

CREDENCIAMENTO Nº 01/2019

1. OBJETO

Expansão da política de atenção à saúde dos seus empregados e respectivos dependentes, bem como dos aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente, por meio de **credenciamento** de **Administradora de Benefícios**, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos beneficiários identificados no item 13.

2. JUSTIFICATIVA

Ampliar e executar ações de interesse da área de Gestão de Pessoas voltadas para a preservação da saúde dos empregados e seus dependentes, bem como para a prestação e promoção dos serviços de saúde suplementar aos mesmos, levando em consideração que, na Finep, o benefício de saúde suplementar concedido aos empregados é fornecido por meio de reembolso de parcela das mensalidades de planos de saúde ofertados pelo mercado.

3. DA CONCEITUAÇÃO

3.1. Para fins deste documento, considera-se:

3.1.1. **USUÁRIOS** – empregados na condição de beneficiários titulares, dependentes, aposentados, agregados.

3.1.2. **BENEFICIÁRIO TITULAR** – empregados do quadro efetivo que estejam em pleno exercício das atividades laborativas; empregados da Finep cedidos a outros entes da Administração Pública, desde que lá não recebam benefício análogo; ocupantes de cargos em comissão não pertencentes ao quadro de empregados efetivos da Finep; empregados requisitados não recebam benefício análogo no ente de origem; aposentados que tenham sido vinculados juridicamente à Finep.

3.1.3. **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE** – grupo familiar do Beneficiário Titular, na forma estabelecida no item 13 deste Termo.

3.1.4. **AGREGADO** – Filhos e netos - não elegíveis para recebimento de reembolso pela Finep que podem ser incluídos nos planos de saúde de acordo com os critérios das operadoras.

3.1.5. **MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** - valor correspondente ao plano de saúde contratado perante a administradora de benefícios, referente ao grupo familiar, para pagamento na forma escolhida, indicada no ato de adesão do beneficiário titular.

3.1.6. **REEMBOLSO DE ATENDIMENTO À LIVRE ESCOLHA** – valor devido pela operadora do plano de saúde ao beneficiário titular ou dependente para custeio parcial de tratamento realizado por beneficiário titular ou dependente com um profissional e prestadores de serviço que não integre a rede de credenciamento do plano, de acordo com a tabela de reembolso definida em contrato pelo plano escolhido.

3.1.7. **REDE CREDENCIADA** – hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários e devidamente inscritos ou registrados em seus respectivos conselhos.

3.1.8. **ABRANGÊNCIA DA REDE** - localidades em que as operadoras contratadas pela administradora de benefícios deverão oferecer rede credenciada.

3.1.9. **ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS** – empresa devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar como administradora dos planos de saúde ofertados pelas operadoras, com a qual a Finep celebrará Termo de Acordo, devendo disponibilizar serviços de Assistência Médico-Hospitalar através de operadoras prestadoras dos serviços de plano de saúde de abrangência nacional.

3.1.10. **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE** – empresa responsável pela prestação de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica na internação, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e atendimentos médico hospitalares, ambulatoriais, na forma disciplinada pela Lei nº9.656/98, pela Resolução Normativa nº 428, de 07/09/2017 e demais resoluções da Agência de Saúde Suplementar – ANS, através de hospitais, centros médicos, consultórios, clínicas especializadas, laboratórios, médicos e outros (as) profissionais/instituições.

3.1.11. **TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE**- A Administradora deverá oferecer planos de saúde na modalidade com e/ou sem coparticipação em eventos de consultas e exames simples, os quais não necessitem de autorização prévia. E nas internações, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e banho. Além disto, os planos deverão oferecer rede credenciada para atendimento de exames autorizados pela ANS.

- a) **PLANO BÁSICO** - Plano Ambulatorial e Hospitalar, com obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
- b) **PLANO ESPECIAL** – compreende as coberturas do Plano Básico, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo, com direito a acompanhante.
- c) **PLANO ESPECIAL PLUS** – compreende as mesmas coberturas do Plano Especial, acrescido da rede diferenciada – hospitais de referência, acreditados.

3.1.12. **REMOÇÃO** - deslocamento dos usuários para o atendimento hospitalar, na forma regulamentada neste Termo de Referência, de acordo com a Resolução Normativa da ANS nº 347/2014, para garantir os prazos máximos de atendimento.

3.1.13. **TERMO DE ADESÃO** – termo que formaliza a adesão da entidade vinculada ao Termo de Credenciamento firmado entre a Financiadora de Estudos e Projetos e a Administradora de Benefícios.

3.1.14. **COPARTICIPAÇÃO** – modalidade de plano de saúde na qual o usuário paga, além da mensalidade do plano, uma parte da despesa da operadora pelo atendimento prestado.

3.1.15. **UTI – MÓVEL** – compreende a prestação de assistência de Pronto Socorro Móvel de Emergência Médica, para todos os tipos de planos, na forma disciplinada neste Projeto Básico.

3.1.16. **URGÊNCIA** - considera-se atendimento de o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo da gestação; e

3.1.17. **EMERGÊNCIA** - considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

4. CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

4.1. Poderão participar do processo de Credenciamento as Administradoras de Benefícios que:

4.1.1. Atendam as condições deste Edital e apresentem os documentos nele exigidos, nas condições de regularidade estabelecidas neste Instrumento Convocatório;

4.1.2. Estejam devidamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a atuar na modalidade Administradora de Benefícios, conforme exigência da Resolução Normativa nº 196/2009, com suas alterações.

4.1.3. As operadoras disponibilizadas pelas administradoras de benefícios não podem pertencer ao mesmo grupo econômico, ou, no caso de cooperativas, ao mesmo sistema cooperativo, em decorrência do art. 9º da RN 196/2009 da ANS, ou, ainda, estarem em situação de direção técnica decretada pela Agência nacional de saúde Suplementar – ANS, independentemente do quantitativo disponibilizado.

4.1.4. Não será admitida nesse processo de credenciamento a participação de Administradoras de Benefícios:

a) concordatárias ou em processo de falência, em recuperação judicial ou extrajudicial, sob concurso de credores, em dissolução ou liquidação.

b) que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspenso, ou que esta tenham sido declaradas inidôneas;

c) estrangeiras que não funcionem no País.

5. OBRIGAÇÕES

Para a consecução do objeto descrito, as partes se obrigarão a:

5.1. Por parte da Finep, sem qualquer ônus financeiro, obriga-se a:

5.1.1. divulgar o acordo a ser realizado junto aos seus empregados, utilizando os meios de divulgação a serem disponibilizados pela Administradora de Benefícios;

5.1.2. permitir à Administradora de Benefícios a divulgação dos Planos Privados de Assistência Médica e Hospitalar junto aos beneficiários de que trata o objeto do Termo de Acordo de Parceria, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e dentre outros meios de divulgação.

5.1.3. permitir aos profissionais da Administradora de Benefícios o acesso às dependências da Finep, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos serviços fornecidos em decorrência da assinatura do Termo de Acordo.

5.1.4. designar empregado que ficará responsável pela interlocução com a Administradora de Benefícios.

5.1.5. comunicar oficialmente à Administradora de Benefícios quaisquer falhas verificadas no cumprimento deste instrumento.

5.2. Por parte da Administradora de Benefícios:

5.2.1. A Administradora de Benefícios deverá disponibilizar planos privados coletivos empresariais de assistência médica e hospitalar, com abrangência nacional, de operadoras de Plano de Saúde autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nos moldes previstos na legislação vigente, assegurando:

5.2.2. Oferecimento de, pelo menos, um plano básico – plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e com acomodação em enfermarias, e planos especiais ou especiais plus, que incluam, além dos itens do plano básico, rede hospitalar diferenciada, contendo hospitais de referência, acreditados, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e banho. Além disto, os planos deverão oferecer rede credenciada para atendimento de exames.

5.2.3. Cobertura assistencial que atenda a Lei Nº 9656/98 e ao rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

5.2.4. Comprovar (admitindo-se o formato digital) que suas operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento – básica, acrescida com hospitais de referência e acreditados, de acordo com o tipo de plano apresentado, para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas nesse Termo de Referência.

5.2.5. Efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pelas operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

5.2.6. Realizar reuniões periódicas com a área de Gestão de Pessoas da Finep para acompanhar o andamento do Termo de Acordo.

5.2.7. Designar encarregado responsável para representá-la na execução do Acordo, que deverá ser o elemento de contato entre a Administradora de Benefícios e a Finep;

5.2.8. Manter, durante toda a execução do Acordo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para celebração do presente instrumento, devendo comunicar à Finep a superveniência de fato impeditivo da manutenção dessas condições;

5.2.9. Observar as normas condominiais e da Finep na execução dos serviços e na circulação e permanência no prédio;

5.2.10. Responsabilizar-se pela perfeita execução deste Acordo, obrigando-se a executá-lo com a observância de todas as normas legais, regulamentares, técnicas e éticas que envolvam execução, realização e aquisição de bens e serviços inerentes ao mesmo.

5.3. A Administradora de Benefícios deverá atuar, na condição de estipulante, obrigando-se a:

5.3.1. Assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;

5.3.2. Efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidas pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras de assistência à saúde suplementar;

5.3.3. Encaminhar mensalmente à Finep comprovante de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde, contendo a relação nominal dos beneficiários;

5.3.4 Negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, assuntos relacionados com a administração dos planos estipulados, especialmente o reajuste das mensalidades dos planos, a aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados empresariais e a alteração de rede assistência.

5.3.5. Emitir trimestralmente relatórios gerenciais, incluindo percentual de sinistralidade da carteira, perfil biométrico e epidemiológico da carteira, perfil etário, indicadores de utilização e outras informações que se façam relevantes.

5.3.6. Comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumentos específicos, que a mostre como estipulante de contrato de plano de saúde com as operadoras.

5.3.7. A Administradora de Benefícios deverá manter um posto de apoio nas dependências da Finep, pelo prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da assinatura do Termo de Acordo, para atendimento aos empregados, no sentido de orientar e esclarecer dúvidas sobre a rede credenciada e os reembolsos dos planos ofertados.

5.3.8. Após o prazo fixado acima, a Administradora deverá disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos empregados da Finep (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos, além de denúncias de irregularidade na prestação dos serviços, as quais devem ser repassadas à Finep.

5.4. As Administradoras de Benefícios devem assegurar junto às Operadoras de planos de saúde por ela disponibilizadas assumam as seguintes obrigações:

5.4.1. Assumir as responsabilidades resultantes deste Acordo, bem como cumprir os dispositivos da Lei 9.656/1998, da Resolução Normativa – ANS nº 428/2017 e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;

5.4.2. Oferecer assistência médica ambulatorial e hospitalar a nível nacional, bem como assistência fisioterápica, laboratorial, farmacêutica, internação – compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão enfermaria e apartamento, e centro de terapia intensiva.

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

5.4.4. Zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários da Finep;

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

5.4.7. Fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da Finep, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;

5.4.8. Fornecer gratuitamente aos beneficiários da Finep manual de normas e procedimentos, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras contratadas pela empresa Administradora de Benefícios), por meio físico ou virtual.

6. BENEFÍCIOS

6.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN 428, de 07 de novembro de 2017 e suas futuras atualizações.

6.2. A cobertura ambulatorial compreenderá:

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

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

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

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

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

a) Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

b) É permitida a fixação de cobertura de despesas, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo excede a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

7. EXCLUSÕES

As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998, nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, respeitando-se as coberturas mínimas previstas na citada Lei.

7.1. São 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 registradas/não regularizadas no país;
- b) seja considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM
- c) não possua as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26 da RN - ANS 428/17;

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 oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, 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 RN 428/17;

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 comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

8. ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

8.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo de gestação.

8.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.3. Deve ser assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as vinte e quatro horas contadas a partir da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

9. DO REEMBOLSO DE ATENDIMENTO À LIVRE ESCOLHA

9.1. Será assegurado ao beneficiário o reembolso, segundo tabela da operadora escolhida, dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional com assistência à saúde, quando não for utilizada a rede de serviços própria, contratados ou credenciados pelas Operadoras do Plano de Saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios.

9.2. O pagamento de reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigentes na data do evento, no prazo máximo de trinta dias contados da apresentação dos documentos em via original, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

9.3. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas Operadoras de Planos de Saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

9.3.1. O serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado a prestar o atendimento;

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

9.3.3. Em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras do plano de saúde contratada pela Administradora de Benefícios, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

9.3.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso de despesas com a assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pelas Administradoras de Benefícios os seguintes documentos:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento de honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência de beneficiário no hospital;
- d) laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso;
- e) para fins de reembolso, o empregado e o aposentado deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

10. DA REMOÇÃO

10.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites geográficos do plano.

10.2. Em casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade da internação, observando-se as seguintes situações:

10.2.2. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Operadora desse ônus.

10.2.3. As operadoras contratadas pela Administradora de Benefícios deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

11. DAS CARÊNCIAS

11.1. Não poderá ser exigida qualquer carência ou CPT (cobertura parcial temporária) para utilização dos benefícios contratados para as inclusões efetuadas em até 30 (trinta) dias da assinatura do Termo de Parceria,

bem como para novos membros e empregados, e seus respectivos dependentes, desde que o pedido de adesão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da contratação.

11.1.1. Os dependentes do beneficiário titular incluídos em até 30 (trinta dias) contados a partir do fato gerador da dependência, serão isentos de carência.

11.2. Caso o beneficiário titular seja transferido para outro escritório da Finep, este poderá optar por outro plano, ou operadora, sem carências, dentre as vinculadas à Administradora de Benefícios. Para isto deverá solicitar a adesão em até trinta dias contados da data de inícios de suas atividades no novo escritório.

11.3. Os beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Gestão de Pessoas da Finep, após a publicação da concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Termo.

11.4. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos de isenção de carência acima especificados, os beneficiários deverão cumprir, no máximo, os prazos de carência previstos na legislação vigente, abaixo relacionados:

- a) cobertura nos casos de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) partos a termo: 300 (trezentos dias);
- c) demais procedimentos: 180 dias; e
- d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

11.4.1 Durante o período de carência, a cobertura para urgência e emergência ficará limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Quando for necessária a continuidade do atendimento para a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à operadora contratada pela Administradora de Benefícios.

11.4.2. Os beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário "Declaração de saúde", com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

11.4.3. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu dependente legal desde que respeitado o item 11.1.

11.4.4. Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu dependente legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/98.

12. DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

12.1. São voluntárias a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Termo de Referência. A inclusão de beneficiários nos planos oferecidos far-se-á mediante manifestação expressa perante a Administradora de Benefícios.

12.2. Os empregados da Finep que façam adesão aos planos oferecidos, não serão excluídos ao se aposentarem, salvo se solicitarem expressamente a exclusão, o que implicará também exclusão dos seus dependentes.

12.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos empregados ativos e aposentados da Finep por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o empregado seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.

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

12.5. A solicitação de inscrição de beneficiário nos planos ofertados deverá atender ao cronograma que vier a ser estabelecido após a assinatura do Termo de Parceria, a partir da assinatura do acordo, devendo essa data ser considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

12.6. A solicitação de exclusão de beneficiário dos planos contratados deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

| PERÍODO DE EXCLUSÃO | FIM DA VIGÊNCIA |
|---------------------|------------------------------|
| 1º ao 15º dia | 1º dia do mês subsequente |
| 16º ao 30º dia | 1º dia do 2º mês subsequente |

12.7. Caberá à Finep a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos empregados e aposentados, bem como de seus dependentes, a relação de parentesco dos dependentes com o empregado, quando solicitados pela Administradora de Benefícios.

13. DOS BENEFICIÁRIOS

13.1. Serão considerados beneficiários do plano de saúde, em decorrência da assinatura de Termo de Acordo:

I- na qualidade de beneficiário titular:

- a) os empregados do quadro efetivo que estejam em pleno exercício de suas atividades laborativas;
- b) os empregados da Finep cedidos a outros entes da Administração Pública, desde que lá não recebam benefício análogo;
- c) os ocupantes de cargo em comissão não pertencentes ao quadro de empregados efetivos;

d) os requisitados, desde que não recebam benefício análogo no órgão de origem.

e) aposentados que tenham sido vinculados à Finep anteriormente.

13.2. São beneficiários dependentes da assistência à saúde:

a) o cônjuge ou companheiro (a);

b) os filhos e as filhas menores de 21 (vinte e um) anos;

c) os filhos ou as filhas excepcionais ou inválidos, sem economia própria;

d) os filhos ou as filhas, solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos, sem economia própria, desde que estejam em curso de graduação de nível superior;

e) a mãe: viúva, solteira, separada judicialmente ou divorciada, sem economia própria;

f) a mãe e o pai inválidos, sem economia própria, que sejam total e definitivamente incapazes para o trabalho;

g) os cônjuges decorrentes de relação homo afetiva estável, devidamente comprovada.

h) equiparam-se aos filhos, mediante declaração escrita do empregado, o enteado, o menor que se ache sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação e o menor que, por determinação judicial, se ache sob sua tutela.

i) os agregados – filhos e netos - não elegíveis para recebimento de reembolso pela Finep poderão ser incluídos nos planos de saúde de acordo com os critérios das operadoras.

13.2. A adesão dos beneficiários é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos empregados e aposentados os compromissos de pagamento assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

13.3. A cobrança das mensalidades do plano de assistência à saúde será realizada por meio de boletos emitidos pela Administradora de Benefícios e enviados aos beneficiários ou mediante débito em conta corrente indicada na Proposta de Adesão, devendo o beneficiário realizar a liberação do débito em conta junto ao banco indicado.

14. DA REDE CREDENCIADA

14.1. As operadoras de planos de saúde disponibilizadas pela Administradora deverão oferecer aos usuários, rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com abrangência nacional, contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

14.2. As operadoras disponibilizadas deverão manter a rede credenciada oferecida para cada plano (básico e especiais) em número igual ou superior ao apresentado na proposta.

15. DA PORTABILIDADE

15.1. As operadoras de planos de saúde contratadas pela Administradora de Benefícios deverão declarar anualmente, no aniversário do Termo de Acordo, que os beneficiários poderão optar pela troca de operadora ou pela troca de planos, sem carências, dentre aquelas vinculadas à Administradora que firmar o Termo de Acordo com a Finep, desde que atendam aos requisitos estabelecidos na Resolução Normativa Nº 252/2011 da Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outros normativos que o alterem ou substituam.

16. DO REAJUSTE

16.1. Os planos de saúde oferecidos pela Administradora de Benefícios poderão ter reajuste:

16.1.2. Quando acontecer mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela ANS;

16.1.3. No interregno mínimo de doze meses, por variação de custo da operadora;

16.2. O índice de reajuste por variação de custos será definido conforme as normas contratuais estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a Administradora de Benefícios. Esse reajuste deve ser comunicado à ANS pela Operadora que vende o plano no máximo até 30 dias após sua aplicação.

16.3. A taxa de sinistralidade só poderá ser levada em conta quando ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

17. DOS RECURSOS

17.1. Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pela Finep para a execução do Termo de Acordo, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para a Finep decorrente da adesão de seus empregados aos planos de saúde apresentados.

18. DA VIGÊNCIA

18.1. O prazo de vigência deste Acordo será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, prorrogáveis até o limite de 5 (cinco) anos.

19. DAS PENALIDADES

19.1. Pela inexecução total ou parcial deste Acordo, bem como pelo descumprimento de qualquer prazo ou obrigação estipulados no Termo de Referência, a Finep poderá aplicar à Administradora de Benefícios as seguintes penalidades, observada a graduação de lesividade e prejuízos gerados, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal que couber:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa moratória de 0,3% (três décimos por cento) ao dia, limitada a 5% (cinco por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, até o limite de 15 (quinze) dias úteis ou prazo maior julgado razoável pela Finep, ante as peculiaridades do caso concreto, caracterizando inexecução parcial;

- c) Multa compensatória de até 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, caso configurada a total impossibilidade de continuidade do presente Acordo, caracterizando inadimplemento absoluto, conforme declarado pela Finep, sem prejuízo do descredenciamento e rescisão do Acordo;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Finep, pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando tratar-se de:

- i. falha ou fraude na execução deste Acordo;
- ii. comportamento de modo inidôneo;
- iii. cometimento de fraude fiscal;
- iv. apresentação de declaração ou documentação falsa;
- v. retardamento da execução do objeto; e
- vi. demais ações que venham a comprometer a regular execução do objeto pactuado.

- e) Descredenciamento da Administradora de Benefícios e Rescisão do Acordo, quando houver reiterado descumprimento de quaisquer condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e neste Acordo, bem como nos casos em que a gravidade da infração ou os prejuízos gerados demandar a aplicação desta penalidade.

19.2. A Administradora de Benefícios não incorrerá na penalidade estabelecida na cláusula 19.1, "b", caso ocorram prorrogações compensatórias formalmente concedidas pela **Finep**, devidas a comprovado impedimento na execução das obrigações.

19.3. As penalidades previstas na cláusula 19.1 "a" e "d" poderão ser aplicadas juntamente com as das alíneas "b" e "c".

19.4. A penalidade prevista na cláusula 19.1, "d" implica a imediata rescisão deste Acordo e descredenciamento da Administradora de Benefícios.

19.5. A aplicação de penalidade será feita após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa da Administradora de Benefícios, que deverá se manifestar no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados da notificação da Finep.

19.6. O prazo para pagamento de multa aplicada pela Finep não poderá ultrapassar 10 (dez) dias úteis a partir da intimação da Administradora de Benefícios.

20. DO DESCREDENCIAMENTO E DA RESCISÃO

20.1. Este Acordo poderá ser rescindido, mediante aviso prévio por escrito de 90 (noventa) dias, com o consequente descredenciamento da Administradora de Benefícios:

- a) por mútuo acordo entre as partes ou desistência de uma das partes;
- b) motivadamente, sem direito à indenização, quando esgotado o prazo recursal, a Administradora de Benefícios não realizar o pagamento de multa aplicada;
- c) motivadamente, sem direito à indenização, quando, respeitado o direito ao contraditório e à ampla defesa, for caracterizado o inadimplemento contratual;

d) motivadamente, sem direito à indenização, quando, durante a execução contratual, for identificado cometimento de conduta tipificada como crime na legislação penal por parte da Administradora de Benefícios.

20.1.1. A Finep e a Administradora de Benefícios obrigam-se a cumprir todas as cláusulas e condições deste Acordo durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

20.2. Este Acordo também poderá ser rescindido por via judicial.

21. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

21.1. O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da operadora e, 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 credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à operadora efetuar o pagamento diretamente ao referenciado ou contratado, em nome e por conta do empregado.

21.2. O pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde será realizado pelo beneficiário diretamente à Administradora credenciada.

21.3. No ato do atendimento o beneficiário deverá apresentar documento de identidade, juntamente com o cartão da operadora do plano de saúde.

21.4. A operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus segurados.

21.5. Nos casos em que a operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

21.6. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, para dirimir o conflito, será instaurada junta médica no prazo máximo de quarenta e oito horas contadas da formalização do processo.

21.7. A junta médica será constituída por três membros, sendo o requerente do procedimento ou membro nomeado pelo beneficiário, um médico da operadora, e terceiro membro escolhido consensualmente pelos dois demais profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

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

21.9. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à 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.

21.10. Na hipótese de ocorrer a substituição de entidade hospitalar por vontade da operadora durante período de internação de algum beneficiário, ser-lhe-á garantido o pagamento das despesas relacionadas com a

internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

21.11. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS e comunicar à Finep, no prazo mínimo de 30 dias de antecedência, o descredenciamento de qualquer profissional ou estabelecimento, salvo nos casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

21.13. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, principalmente aqueles com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

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

22. DO ANTINEPOTISMO E CONDUTA ÉTICA

22.1. Os administradores e/ou sócios dirigentes, bem como as pessoas que compõem o quadro técnico empregado na execução do Acordo, não podem possuir familiar (cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau) detentor de cargo comissionado ou função de confiança na **Finep**, em atendimento ao Decreto 7.203/2010.

22.2. A **Administradora de Benefícios** declara ter conhecimento do Código de Ética e de Conduta da Finep, que poderá ser consultado na página da **Finep** na internet: <http://www.finep.gov.br>.

22.3. Eventuais irregularidades ou descumprimentos das normas internas da **Finep** ou da legislação vigente podem ser denunciados à Ouvidoria, por meio do endereço <http://www.finep.gov.br/ouvidoria> ou na Avenida República do Chile, 330, 11º andar, Torre Oeste, Centro, CEP 20.031-170.

23. DA PUBLICAÇÃO

23.1. O presente Acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, às expensas da Finep, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

24. DA VINCULAÇÃO DO ACORDO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

24.1. O presente Acordo fundamenta-se na Lei nº 13.303/2016, na Lei n. 9.656/1998, nas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, principalmente, nas Resoluções Normativas

(RN) n. 195/2009, 196/2009, 203/2009, 259/2011, 428/2017 e, aplicando-se aos casos omissos as disposições do Código Civil Brasileiro e demais normas aplicáveis.

24.2. Este Acordo vincula-se ao Edital de Credenciamento n. 1/2019, bem como à proposta da Administradora de Benefícios.

25. DOCUMENTAÇÃO RELATIVA À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

25.1. As Administradoras de Benefícios proponentes devem apresentar:

- a) Atestado de Capacidade Técnica, expedido em nome da Administradora de Benefícios, fornecido por pessoas jurídica de direito público ou privado, que comprove o seu desempenho na prestação de serviços de planos de assistência à saúde por intermédio de operadoras de planos de saúde, devidamente registradas na Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- b) Documento comprobatório de autorização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para atuar na modalidade Administradora de benefícios, conforme a exigência da Resolução Normativa ANS nº 196, de 2009, com suas alterações;
- c) Declaração expedida pela ANS de que possuem profissional médico habilitado e registrado no Conselho Regional de Medicina, observando o que dispõe a Resolução ANS nº 255, de 18 de maio de 2011, para resguardar o sigilo médico dos beneficiários;
- d) Certidão expedida pela ANS de que a Administradora de Benefícios atende as exigências de ativos garantidores, relativa ao 2º trimestre de 2018, exigível na forma da lei, constantes da Resolução Normativa nº 203 de 2009, com suas alterações.

26. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1. Eventuais alterações no Rol de Procedimentos publicado pelas Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelos planos de saúde que vierem a ser disponibilizados, independentemente de aditamento contratual.

26.2. A Finep poderá celebrar acordos com mais de uma administradora, desde que as mesmas atendam aos requisitos especificados nesse Termo de Edital.

26.3. O edital de credenciamento ficará aberto pelo prazo de trinta dias a partir de sua publicação. Após este prazo, a Finep avaliará a documentação apresentada e marcará a data para a assinatura do Termo de Acordo com as Administradoras de Benefícios habilitadas.

ANEXO II

TERMO DE ACORDO

CREDENCIAMENTO N° 01/2019

| |
|---|
| Financiadora de Estudos e Projetos – Finep |
| Instrumento Contratual Código N°: |
| 20.XX.XXXX.00 |

A **Financiadora de Estudos e Projetos – Finep**, doravante simplesmente **Finep**, com sede em Brasília e escritório em Rio de Janeiro, RJ, na Avenida República do Chile, 330, Torre Oeste, parte, inscrita no CNPJ sob o nº 33.749.086/0001-90, por seu representante legal ao final qualificado; e

[**nome**], doravante **Administradora de Benefícios**, com sede em **xxxx**, inscrita no CNPJ sob nº **xxxx**, registro nº **xxxx**, na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por seus representantes legais ao final qualificados;

CONSIDERANDO o interesse da **Finep** em disponibilizar e expandir a assistência à saúde aos seus empregados e dependentes, bem como aos aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à Finep;

CONSIDERANDO que a **Finep** optou pelo benefício de reembolso de parte dos gastos com plano de saúde para seus empregados, aposentados e dependentes;

CONSIDERANDO que a **Administradora de Benefícios** está autorizada, nos termos da Resolução Normativa – ANS nº 196/2009, a contratar planos privados de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, assumindo o risco financeiro da operação, com vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto;

Resolvem assinar o presente Acordo nos termos a seguir, com fundamento no *caput* do art. 30 da Lei n.13.303/2016:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O presente Acordo, **sem ônus financeiro para a Finep**, tem o objetivo de expandir a política de atenção à saúde dos seus empregados e respectivos dependentes, bem como dos aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente, por meio de **credenciamento de Administradora de Benefícios**, para disponibilização de planos de assistência médica de, no mínimo, 01 (uma) operadora de Planos de Saúde, com planos de abrangência nacional, na modalidade coletivo empresarial, devidamente autorizadas pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), objetivando a prestação de assistência médica ambulatorial e hospitalar, fisioterápica, psicológica, farmacêutica e internação, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, centro de terapia intensiva, ou similar, para tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde, aos beneficiários identificados na Cláusula Décima.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. Para a consecução do objeto descrito, as partes assumem as obrigações a seguir elencadas sem prejuízo de outras obrigações estabelecidas no presente Acordo, bem como no Edital e no Termo de Referência, partes integrantes deste instrumento.

2.2. A Finep, sem qualquer ônus financeiro, obriga-se a:

- a) divulgar o acordo a ser realizado junto aos empregados, utilizando os meios de divulgação a serem disponibilizados pela **Administradora de Benefícios**;
- b) permitir à **Administradora de Benefícios** a divulgação dos Planos Privados de Assistência Médica e Hospitalar junto aos beneficiários de que trata o objeto deste Acordo, por meio de correspondência comum, publicações, revistas, boletins informativos, Internet e outros meios de divulgação;
- c) permitir aos profissionais da **Administradora de Benefícios** o acesso às dependências da **Finep**, mediante prévia autorização, para orientar e explicar aos beneficiários os procedimentos para utilização e normas de funcionamento dos serviços fornecidos em decorrência da assinatura do acordo;
- d) designar empregado que ficará responsável pela interlocução com a **Administradora de Benefícios**;
- e) comunicar oficialmente à **Administradora de Benefícios** quaisquer falhas verificadas no cumprimento deste instrumento.

2.3. Obrigações da Administradora de Benefícios:

2.3.1. A **Administradora de Benefícios** deverá disponibilizar planos privados coletivos empresariais de assistência médica e hospitalar, com abrangência nacional, de operadoras de Plano de Saúde autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e nos moldes previstos na legislação vigente, assegurando:

- a) oferecimento de, pelo menos, um plano básico – plano ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e com acomodação em enfermarias, e planos especiais ou especiais plus, que incluem, além dos itens do plano básico, rede hospitalar diferenciada, com hospitais de referência, acreditados, com acomodação em apartamento individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, cobertura de despesas com alimentação, roupas de cama e banho. Além disto, os planos deverão oferecer rede credenciada para atendimento de exames.
- b) cobertura assistencial que atenda a Lei 9.656/1998 e ao rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

- c) efetivar o acompanhamento de casos crônicos e o monitoramento de grupo de risco, bem como indicar ao beneficiário os programas de medicina preventiva disponibilizados pelas operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios** para a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- d) realizar reuniões periódicas com a área de Gestão de Pessoas da **Finep** para acompanhar o andamento deste Acordo;
- e) designar encarregado responsável para representá-la na execução do Acordo, que deverá ser o elemento de contato entre a **Administradora de Benefícios** e a **Finep**;
- f) manter, durante toda a execução do Acordo, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para celebração do presente instrumento, devendo comunicar à **Finep** a superveniência de fato impeditivo da manutenção dessas condições;
- g) observar as normas condominiais e da **Finep** na execução dos serviços e na circulação e permanência no prédio;
- h) responsabilizar-se pela perfeita execução deste Acordo, obrigando-se a executá-lo com a observância de todas as normas legais, regulamentares, técnicas e éticas que envolvam execução, realização e aquisição de bens e serviços inerentes ao mesmo.

2.3.2. A Administradora de Benefícios deverá atuar, na condição de estipulante, obrigando-se a:

- a) assumir o risco financeiro da operação junto às operadoras;
- b) efetuar a cobrança direta das mensalidades dos planos devidas pelos beneficiários, por conta e ordem dos mesmos, bem como efetivar o pagamento da fatura às operadoras prestadoras de assistência à saúde suplementar;
- c) encaminhar mensalmente à **Finep** comprovante de quitação das obrigações financeiras perante as operadoras de planos de saúde, contendo a relação nominal dos beneficiários;
- d) negociar, defendendo os interesses dos beneficiários, junto às operadoras contratadas, assuntos relacionados com a administração dos planos estipulados, especialmente o reajuste das mensalidades dos planos, a aplicação dos mecanismos de regulação estabelecidos pelas operadoras dos planos privados empresariais e a alteração de rede assistencial;
- e) emitir trimestralmente relatórios gerenciais, incluindo percentual de sinistralidade da carteira, perfil biométrico e epidemiológico da carteira, perfil etário, indicadores de utilização e outras informações que se façam relevantes.
- f) comprovar o vínculo com as operadoras de planos de saúde mediante apresentação de instrumentos específicos, que a mostre como estipulante de contrato de plano de saúde com as operadoras;
- g) comprovar (admitindo-se o formato digital) que suas operadoras conveniadas dispõem de rede credenciada de atendimento – básica, acrescida com hospitais de referência e acreditados, de acordo com o tipo de plano apresentado, para prestar os serviços assistenciais conforme exigências descritas nesse Termo de Referência.

- h) manter um posto de apoio nas dependências da **Finep**, pelo prazo de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados da assinatura do presente Acordo, para atendimento aos empregados, no sentido de orientar e esclarecer dúvidas sobre a rede credenciada e os reembolsos dos planos ofertados;
- i) após o prazo fixado na alínea anterior, disponibilizar um canal de comunicação direto para contato dos beneficiários (por telefone e por e-mail), visando futuras adesões, exclusões e/ou esclarecimentos, além de denúncias de irregularidade na prestação dos serviços, as quais devem ser repassadas à **Finep**.

2.3.3. A Administradora de Benefício deve assegurar que as **Operadoras de planos de saúde** por ela disponibilizadas assumam as seguintes obrigações:

- a) assumir as responsabilidades resultantes deste Acordo, bem como cumprir os dispositivos da Lei 9.656/1998, da Resolução Normativa – ANS nº 428/2017 e demais disposições regulamentares pertinentes aos serviços a serem prestados;
- b) oferecer assistência médica ambulatorial e hospitalar a nível nacional, bem como assistência fisioterápica, laboratorial, farmacêutica, internação – compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no País, com padrão enfermaria e apartamento, e centro de terapia intensiva.
- c) oferecer os serviços de pronto-socorro, de urgência e emergência, durante 24 horas diárias, inclusive sábados, domingos e feriados, em condições de internações e exames complementares de diagnóstico;
- d) zelar pela boa e fiel execução dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários da **Finep**;
- e) não interromper, sob qualquer pretexto, os tratamentos já iniciados, os inadiáveis, os seriados e os de emergências, desde que solicitados durante a vigência contratual e de acordo com a legislação vigente;
- f) fornecer, gratuitamente, aos beneficiários da **Finep**, a primeira via da carteira de identificação personalizada, que será usada exclusivamente quando da utilização dos serviços cobertos pelo respectivo Plano aderido pelo beneficiário;
- g) fornecer gratuitamente aos beneficiários da **Finep** manual de normas e procedimentos, no qual deverá constar a rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar (Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, Médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários pelas Operadoras de plano de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, por meio físico ou virtual.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFÍCIOS

3.1. As Operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios** cobrirão os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, psiquiátricos e obstétricos, previstos na legislação vigente e conforme o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, RN n. 428/2017 e suas atualizações.

3.2. A cobertura ambulatorial compreenderá:

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

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

c) atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 (doze horas), durante a carência para o plano médico hospitalar;

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

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

3.2.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

3.2.3. É permitida a fixação de coparticipação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo excede a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

3.3. Eventuais alterações no Rol de Procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terão sua cobertura assegurada pelos planos de saúde disponibilizados, independentemente de aditamento contratual.

CLÁUSULA QUARTA – DAS EXCLUSÕES

4.1. As exclusões de cobertura deverão apresentar-se conforme o previsto na Lei nº 9.656/1998 e, nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, respeitando-se as coberturas mínimas previstas na citada legislação.

4.2. São 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
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26 da RN - ANS 428/2017;

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 óocitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência

intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, 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 RN 428/17;

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 comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

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

CLÁUSULA QUINTA – DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

5.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo de gestação.

5.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

5.3. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as vinte e quatro horas contadas a partir da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

CLÁUSULA SEXTA – DO REEMBOLSO DE LIVRE ESCOLHA

6.1. Será assegurado ao beneficiário o reembolso, segundo tabela da operadora escolhida, dos valores decorrentes de atendimentos prestados em território nacional com assistência à saúde, quando não for utilizada a rede de serviços própria, contratados ou credenciados pelas operadoras do plano de saúde contratada pela **Administradora de Benefícios**.

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

6.3. Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos prestados ao beneficiário com assistência à saúde em território nacional, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo plano, e sempre que:

- a) o serviço for realizado em localidade pertencente à área de abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado a prestar o atendimento;
- b) se configurar urgência e/ou emergência justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- c) em situações que impeçam o atendimento da rede credenciada das operadoras do plano de saúde contratada pela **Administradora de Benefícios**, tais como greves e paralisações, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com serviços de assistência à saúde deverá ser feito integralmente pelas operadoras de planos de saúde contratadas pela **Administradora de Benefícios**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, a contar da apresentação do comprovante de pagamento.

6.4. Para os beneficiários se habilitarem ao reembolso de despesas com a assistência à saúde por eles diretamente efetuadas, deverão apresentar às operadoras de planos de saúde contratadas pelas **Administradoras de Benefícios** os seguintes documentos:

- a) conta discriminativa das despesas, incluindo relação de materiais, medicamentos e exames, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- b) recibos de pagamento de honorários médicos;
- c) relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência de beneficiário no hospital;
- d) laudo anatomo-patológico da lesão, quando for o caso;
- e) para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA REMOÇÃO

7.1. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), desde que comprovadamente necessária e dentro dos limites geográficos do plano.

7.2. Em casos de urgência e de emergência, em que o paciente não tiver direito à internação devido à carência de 24 horas, dar-se-á a remoção inter-hospitalar da origem para o destino, em ambulância terrestre, nos limites da abrangência do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade da internação, observando-se as seguintes situações:

7.3. Na impossibilidade de remoção por risco de morte, o paciente ou responsável e o prestador do atendimento deverão acordar quanto à responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a operadora desse ônus.

7.4. As operadoras contratadas pela **Administradora de Benefícios** deverão disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber.

CLÁUSULA OITAVA – DAS CARÊNCIAS

8.1. Não poderá ser exigida qualquer carência ou CPT (cobertura parcial temporária) para utilização dos benefícios contratados para as inclusões efetuadas em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente Acordo, bem como para novos empregados, e seus respectivos dependentes, desde que o pedido de adesão seja formalizado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de admissão.

8.2. Os dependentes do beneficiário titular incluídos em até 30 (trinta dias) contados a partir do fato gerador da dependência, serão isentos de carência ou CPT.

8.3. Caso o beneficiário titular seja transferido para outro escritório da **Finep**, este poderá optar por outro plano, inclusive de outra operadora dentre as vinculadas à **Administradora de Benefícios, sem carência ou CPT**, desde que solicite a adesão ao novo plano em até 30 (trinta) dias, contados da data de início de suas atividades no novo escritório da **Finep**.

8.4. Os beneficiários de titular falecido durante a vigência do contrato poderão permanecer no Programa de Assistência à Saúde, desde que façam a opção por permanecer na titularidade do plano junto à Gestão de Pessoas da Finep, após a publicação da concessão, e terão o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a opção. Após este prazo os beneficiários cumprirão as carências estabelecidas neste Acordo.

8.5. Para os pedidos de inclusão efetuados após os prazos de isenção de carência acima especificados, os beneficiários deverão cumprir, no máximo, os prazos de carência previstos na legislação vigente, abaixo relacionados:

- a) cobertura nos casos de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- b) partos a termo: 300 (trezentos dias);
- c) demais procedimentos: 180 dias; e
- d) doenças e lesões preexistentes: 24 (vinte e quatro) meses.

8.5.1. Durante o período de carência, a cobertura para urgência e emergência ficará limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Quando for necessária a continuidade do atendimento para a realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar (como tratamento cirúrgico, parto e outros), ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à operadora contratada pela **Administradora de Benefícios**.

8.5.2. Os beneficiários, no ato de sua adesão, deverão preencher o formulário “Declaração de saúde”, com a finalidade de ser avaliada a necessidade de ser estabelecida cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de doença ou lesão preexistente, na forma determinada pela Lei nº 9.656/1998.

8.6. Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu dependente legal desde que respeitada a cláusula oitava.

8.7. Doenças e lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu dependente legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9.656/1998.

CLÁUSULA NONA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES

9.1. São voluntárias a inscrição e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Acordo. A inclusão de beneficiários nos planos oferecidos far-se-á mediante manifestação expressa desses perante a **Administradora de Benefícios**.

9.2. Os empregados da **Finep** que façam adesão aos planos oferecidos, não serão excluídos ao se aposentarem, salvo se solicitarem expressamente a exclusão, o que implicará também exclusão dos seus dependentes.

9.3. A Administradora de Benefícios poderá promover a rescisão unilateral do contrato dos beneficiários por fraude ou inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo (50º) dia de inadimplência.

9.3.1. A exclusão do beneficiário titular implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

9.4. A solicitação de inscrição de beneficiário nos planos ofertados deverá atender ao cronograma que vier a ser estabelecido a partir da assinatura deste Acordo, devendo essa data ser considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, observados os casos de isenção de carência previstos na Cláusula Oitava.

9.5. A solicitação de exclusão de beneficiário dos planos contratados deverá atender o cronograma abaixo, devendo essas datas serem consideradas para fins de suspensão da cobertura assistencial.

| PERÍODO DE EXCLUSÃO | FIM DA VIGÊNCIA |
|---------------------|------------------------------|
| 1º ao 15º dia | 1º dia do mês subsequente |
| 16º ao 30º dia | 1º dia do 2º mês subsequente |

9.6. Caberá à **Finep** a apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos empregados, dos aposentados e de seus dependentes, indicando a relação de parentesco dos dependentes com o beneficiário, quando solicitados pela **Administradora de Benefícios**.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS BENEFICIÁRIOS

10.1. Serão considerados beneficiários do plano de saúde, decorrente da assinatura deste Acordo:

I – na qualidade de **beneficiário titular**:

- a) os empregados do quadro efetivo que estejam em pleno exercício de suas atividades laborativas;
- b) os empregados da **Finep** cedidos a outros entes da Administração Pública, desde que lá não recebam benefício análogo;
- c) os ocupantes de cargo em comissão não pertencentes ao quadro de empregados efetivos;
- d) os requisitados, desde que não recebam benefício análogo no órgão de origem;
- e) aposentados que tenham sido vinculados à **Finep** anteriormente.

II – na qualidade de **beneficiário dependente**:

- a) cônjuge ou companheiro(a);
- b) os filhos e filhas menores de 21 (vinte e um) anos;
- c) os filhos ou filhas excepcionais ou inválidos, sem economia própria;
- d) os filhos ou filhas, solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos, sem economia própria, desde que estejam em curso de graduação de nível superior;
- e) mãe: viúva, solteira, separada judicialmente ou divorciada, sem economia própria;
- f) mãe e pai inválidos, sem economia própria, que sejam total e definitivamente incapazes para o trabalho;
- g) cônjuges decorrentes de relação homo afetiva estável, devidamente comprovada.
- h) equiparam-se aos filhos, mediante declaração escrita do empregado, o enteado, o menor que se ache sob tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação e o menor que, por determinação judicial, se ache sob sua tutela;
- i) os agregados – filhos e netos – não elegíveis para recebimento de reembolso pela Finep, que poderão ser incluídos nos planos de saúde de acordo com os critérios das operadoras.

10.2. A adesão dos beneficiários é voluntária e facultativa, sendo de responsabilidade exclusiva dos empregados e aposentados os compromissos de pagamento assumidos em decorrência da formalização de sua adesão e de seus dependentes ao plano de saúde escolhido.

10.3. A cobrança das mensalidades do plano de assistência à saúde será realizada por meio de boletos emitidos pela **Administradora de Benefício** e enviados aos beneficiários ou mediante débito em conta

corrente indicada na Proposta de Adesão, devendo o beneficiário realizar a liberação do débito em conta junto ao banco indicado.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REDE CREDENCIADA

11.1. As operadoras de planos de saúde disponibilizadas pela **Administradora de Benefícios** deverão oferecer aos usuários, rede credenciada de Assistência Médico-Hospitalar, com abrangência nacional, contemplando atendimentos em Hospitais, Centros Médicos, Consultórios, Clínicas, Laboratórios, médicos e outros profissionais, todos devidamente inscritos ou registrados nos respectivos conselhos.

11.2. As operadoras disponibilizadas deverão manter a rede credenciada oferecida para cada plano (básico e especiais) em número igual ou superior ao apresentado na proposta de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PORTABILIDADE

12.1. A **Administradora de Benefícios** assegurará que a portabilidade solicitada pelos beneficiários dar-se-á de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO REAJUSTE

13.1. Os planos de saúde oferecidos pela **Administradora de Benefícios** poderão ter reajuste:

- a) quando acontecer mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela ANS;
- b) observado o interregno mínimo de doze meses, por variação de custos da operadora.

13.2. O índice de reajuste por variação de custos será definido conforme as normas contratuais estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a **Administradora de Benefícios**. Esse reajuste deve ser comunicado à ANS pela Operadora que vende o plano no máximo de até 30 dias após sua aplicação.

13.3. A taxa de sinistralidade só poderá ser levada em conta para fins de reajuste quando ultrapassar o percentual de 70% (setenta por cento).

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DOS RECURSOS

14.1. Não haverá desembolso de recursos orçamentários e financeiros pela **Finep** para a execução deste Acordo, bem como não existirá nenhuma obrigação de caráter financeiro para a **Finep** decorrente da adesão de seus empregados aos planos de saúde apresentados pela **Administradora de Benefícios**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA

15.1. O prazo de vigência deste Acordo será de 12 (doze) meses a contar da data de sua assinatura, prorrogáveis até o limite de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PENALIDADES

16.1. Pela inexecução total ou parcial deste Acordo, bem como pelo descumprimento de qualquer prazo ou obrigação estipulados no Termo de Referência, a **Finep** poderá aplicar à **Administradora de Benefícios** as seguintes penalidades, observada a graduação de lesividade e prejuízos gerados, sem prejuízo da responsabilidade civil e penal que couber:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa moratória de 0,3% (três décimos por cento) ao dia, limitada a 5% (cinco por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, até o limite de 15 (quinze) dias úteis ou prazo maior julgado razoável pela Finep, ante as peculiaridades do caso concreto, caracterizando inexecução parcial;
- c) Multa compensatória de até 3% (três por cento), calculada sobre o valor global das mensalidades pagas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios no mês de ocorrência da infração, caso configurada a total impossibilidade de continuidade do presente Acordo, caracterizando inadimplemento absoluto, conforme declarado pela Finep, sem prejuízo do descredenciamento e rescisão do Acordo;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Finep, pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando tratar-se de:
 - i. falha ou fraude na execução deste Acordo;
 - ii. comportamento de modo inidôneo;
 - iii. cometimento de fraude fiscal;
 - iv. apresentação de declaração ou documentação falsa;
 - v. retardamento da execução do objeto; e
 - vi. demais ações que venham a comprometer a regular execução do objeto pactuado.
- e) Descredenciamento da Administradora de Benefícios e Rescisão do Acordo, quando houver reiterado descumprimento de quaisquer condições estabelecidas no Edital, no Termo de Referência e neste Acordo, bem como nos casos em que a gravidade da infração ou os prejuízos gerados demandar a aplicação desta penalidade.

16.2. A **Administradora de Benefícios** não incorrerá na penalidade estabelecida na cláusula 16.1, "b", caso ocorram prorrogações compensatórias formalmente concedidas pela **Finep**, devidas a comprovado impedimento na execução das obrigações.

16.3. As penalidades previstas na cláusula 16.1 "a" e "d" poderão ser aplicadas juntamente com as das alíneas "b" e "c".

16.4. A penalidade prevista na cláusula 16.1, "d" implica a imediata rescisão deste Acordo e descredenciamento da **Administradora de Benefícios**.

16.5. A aplicação de penalidade será feita após regular processo administrativo, garantida a prévia defesa da **Administradora de Benefícios**, que deverá se manifestar no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados da notificação da **Finep**.

16.6. O prazo para pagamento de multa aplicada pela Finep não poderá ultrapassar 10 (dez) dias úteis a partir da intimação da Administradora de Benefícios.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO DESCREDENCIAMENTO E DA RESCISÃO

17.1. Este Acordo poderá ser rescindido, mediante aviso prévio por escrito de 90 (noventa) dias, com o consequente descredenciamento da **Administradora de Benefícios**:

- a) por mútuo acordo entre as partes ou desistência de uma das partes;
- b) motivadamente, sem direito à indenização, quando esgotado o prazo recursal, a **Administradora de Benefícios** não realizar o pagamento de multa aplicada;
- c) motivadamente, sem direito à indenização, quando, respeitado o direito ao contraditório e à ampla defesa, for caracterizado o inadimplemento contratual;
- d) motivadamente, sem direito à indenização, quando, durante a execução contratual, for identificado cometimento de conduta tipificada como crime na legislação penal por parte da **Administradora de Benefícios**.

17.1.1. A Finep e a Administradora de Benefícios obrigam-se a cumprir todas as cláusulas e condições deste Acordo durante o prazo de 90 (noventa) dias que anteceder à rescisão.

17.2. Este Acordo também poderá ser rescindido por via judicial.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – ANTINEPOTISMO E CONDUTA ÉTICA

18.1. Os administradores e/ou sócios dirigentes, bem como as pessoas que compõem o quadro técnico empregado na execução do Acordo, não podem possuir familiar (cônjuge, companheiro ou parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o terceiro grau) detentor de cargo comissionado ou função de confiança na **Finep**, em atendimento ao Decreto 7.203/2010.

18.2. A **Administradora de Benefícios** declara ter conhecimento do Código de Ética e de Conduta da Finep, que poderá ser consultado na página da **Finep** na internet: <http://www.finep.gov.br>.

18.3. Eventuais irregularidades ou descumprimentos das normas internas da **Finep** ou da legislação vigente podem ser denunciados à Ouvidoria, por meio do endereço <http://www.finep.gov.br/ouvidoria> ou na Avenida República do Chile, 330, 11º andar, Torre Oeste, Centro, CEP 20.031-170.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA PUBLICAÇÃO

19.1. O presente Acordo será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, às expensas da Finep, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – VINCULAÇÃO DO ACORDO E LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

20.1. O presente Acordo fundamenta-se na Lei nº 13.303/2016, na Lei n. 9.656/1998, nas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, principalmente, nas Resoluções Normativas (RN) n. 195/2009, 196/2009, 203/2009, 259/2011, 428/2017 e 438/2018, aplicando-se aos casos omissos as disposições do Código Civil Brasileiro e demais normas aplicáveis.

20.2. Este Acordo vincula-se ao Edital de Credenciamento n. 1/2019, bem como à proposta da **Administradora de Benefícios**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – FORO

21.1. Fica eleito o foro da cidade do Rio de Janeiro para dirimir qualquer controvérsia oriunda do presente Acordo que não puder ser resolvida de comum acordo entre as partes, podendo a Finep optar pelo foro de sua sede.

E, por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito, juntamente com as testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro,

Pela **Financiadora de Estudos e Projetos – Finep**:

Pela **Administradora de Benefícios**:

Nome:

Cargo:

End.:

CI:

CPF:

Nome:

Cargo:

End.:

CI:

CPF:

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF: